

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 2 Juin 1892, à 1 heure

Par AMÉDÉE VIVIEN,

Né à Vienne (Isère), le 8 mars 1866.

Ancien externe titulaire (Concours 1887),

Ex-interne provisoire des hôpitaux de Lyon.

PLACENTA PRÆVIA

ET

TAMPONNEMENTS

Président : M. TARNIER, professeur.

Juges : MM. { RICHELLOT, professeur.
 { SCHWARTZ et MAYGRIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 2 Juin 1892, à 1 heure

Par AMÉDÉE VIVIEN,

Né à Vienne (Isère), le 8 mars 1866.

Ancien externe titulaire (Concours 1887),

Ex-interne provisoire des hôpitaux de Lyon.

PLACENTA PRÆVIA

ET

TAMPONNEMENTS

Président : M. TARNIER, professeur.

*Juges : MM. { RICHELLOT, professeur.
 { SCHWARTZ et MAIGRIER, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HEURI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.	MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHEL.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....		DEBOVE.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....		TILIAUX.
Thérapeutique et matière médicale.....		POUCHET.
Hygiène.....		HAYEM.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....		LABOULBENE.
Clinique médicale.....		STRAUS.
Maladies des enfants.....		SEE (G.)
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux.....		PETER.
Clinique chirurgicale.....		GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		BALL.
Clinique ophthalmologique.....		FOURNIER.
Clinique d'accouchement.....		CHARCOT.
		VERNEUIL.
		LE FORT.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
		GUYON.
		PANAS.
		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. REGNAULD, SAPPEY, HARDY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	ROBIN (Albert).
BAE.	GLEY.	POIRIER, chef des	SCHWARTZ.
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomi-	SEGOND.
BRISAUD.	HUTINEL.	ques.	TUFFIER.
BRUN.	JALAGUIER.	QUENU.	VILLEJEAN
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUINQUAUD.	WEISS.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	RETERER.	
CHAUFFARD.	MARIE.	REYNIER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	RIBEMONT-DESS.	
FAUCONNIER.	NELATON.	RICARD.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE,

Témoignage de reconnaissance
et d'affection filiale.

A MON FRÈRE.

A MA SŒUR.

A MON BEAU-FRÈRE.

A MON ONCLE ET A MES TANTES.

A MONSIEUR SAVIGNÉ.

A MES AMIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TARNIER,

Professeur de Clinique obstétricale,
Président de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX
DE LYON.

INTRODUCTION

A l'heure où sont écrites ces pages, tout le monde sait que le tamponnement utérin est un agent hémostatique employé dans les cas d'inertie grave, et donnant de bons résultats entre les mains des accoucheurs.

Vulgariser cette méthode de traitement, en faire connaître le mode d'application à la fois simple et efficace, et surtout en montrer les applications relativement nombreuses en obstétrique, telles sont les données qui nous ont amené à faire ce modeste travail.

Des communications récentes sur le placenta prævia, faites au Congrès d'obstétrique de 1892, nous ont déterminé à étendre les limites de notre sujet, et à justifier ainsi la publication de faits nouveaux d'hémorragies *ante partum* traitées avec succès par le tamponnement vaginal.

Nous diviserons notre thèse en deux parties : la première a pour objet : la genèse et le développement progressif des attaches cellulo-vasculaires qui unissent la mère au fœtus, et l'histoire clinique, pathogénique et thérapeutique de cet accident redoutable, suite naturelle de l'insertion vicieuse,

dont Paul Dubois a pu dire : « Si jamais je devais renoncer à la pratique des accouchements, ce serait à cause de l'hémorrhagie. »

Le tamponnement utérin. étudié dans ses indications, son mode d'action et son application, est traité dans la deuxième partie de cette étude. Des observations nombreuses et inédites complètent chaque partie.

Qu'il nous soit permis à cette place de remercier deux Maîtres Lyonnais pour l'intérêt si bienveillant qu'il nous ont témoigné et dont nous garderons toujours le reconnaissant souvenir : M. le docteur Fochier, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon, qui nous a initié à la pratique des accouchements. — M. le docteur Vincent, professeur agrégé de la même Faculté, qui a mis à notre disposition les observations de son service de la Maternité et sa bibliothèque obstétricale.

Nous prions M. le professeur Tarnier d'agréer l'expression de notre profonde gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Généralités sur le Placenta prævia.

- I. — Définition. Premiers travaux. Deux classifications : D^{rs} Auvard et Pinard. Grossesses cervicales.
 - II. — Conformation extérieure : placenta normal et placenta vicieux. Insertion du cordon ; insertion vélamenteuse.
 - III. — Mode de formation. Vésicule ombilicale et embryon. Placenta et fœtus.
 - IV. — Structure : placenta maternel et placenta fœtal. Anatomie pathologique du placenta vicieux. Déchirures vasculaires. Dégénérescence calcaire.
 - V. — Causes multiples. Couches antérieures. Métrites. Statistiques : âge, multiparité, récurrence, grossesse gémellaire
-

I. — Le placenta est cet organe mou et rougeâtre, à contour circulaire, par l'intermédiaire duquel l'appareil circulatoire du fœtus entre en connexion avec celui de la mère, sans avoir cependant avec ce dernier aucune communication directe.

Cet organe peut s'insérer sur toute la surface de la cavité utérine. Tout placenta qui, par une partie

quelconque de sa surface s'insère au dessous d'un plan passant à 8 centimètres de l'orifice interne de l'utérus est un placenta prævia.

Portal, dès 1685, montrait le premier que le placenta pouvait s'insérer sur le segment inférieur de l'utérus et sur le col. Cette opinion, adoptée par Levret et Smellie, fut celle de Baudelocque, dont les travaux, dès 1824, la firent définitivement accepter.

Le placenta prævia est encore désigné sous le nom d'insertion vicieuse du placenta, car l'insertion normale ou physiologique, a lieu au dessus d'un plan situé à 8 centimètres du pôle inférieur de l'utérus. Remarquons de suite que l'insertion vicieuse place cet organe sur la voie utérine que le fœtus doit suivre pour arriver au dehors des organes génitaux. C'est, dit Auvard, cette circonstance qui en fait le danger et qui lui vaut une place importante dans la pathologie puerpérale.

Il y a quatre variétés de placenta prævia :

1° Le placenta prævia central. Le placenta est inséré totalement sur le col dont il recouvre l'orifice interne ;

2° Le placenta prævia partiel. Le placenta est inséré à la fois sur le segment inférieur de l'utérus et sur le col dont il recouvre en partie l'orifice interne ;

3° Le placenta prævia marginal. Le placenta s'insère sur le segment inférieur de l'utérus, si près du col qu'il vient l'affleurer ou même le recouvrir légèrement ;

4° Le placenta prævia latéral. Le bord du placenta se trouve de 1 à 8 centimètres de l'orifice interne. C'est cette dernière variété que l'on rencontre le plus communément.

Le cercle polaire inférieur est tracé à 8 centimètres de l'orifice interne, la distance qui sépare le grande circonférence d'une tête fléchie du point le plus déclive du sommet étant de 76 millimètres.

Ainsi l'insertion vicieuse existe dès que le placenta répond au segment inférieur, à la zone dangereuse de Barnes. Cette assertion explique ces hémorrhagies assez fréquentes de la grossesse dans lesquelles le toucher ne peut percevoir le placenta à travers le col entr'ouvert et qui cessent dès que le travail est commencé parce que la tête oblitère l'orifice.

Ces dernières années, M. le professeur Pinard a monté la fréquence de l'insertion sur les zones moyenne et inférieure; en étudiant un symptôme révélateur du placenta prævia, l'écoulement prématuré des eaux, et en cherchant à déterminer exactement l'endroit où sont déchirées les membranes, il est arrivé à diagnostiquer de nombreux cas passés jusque-là inaperçus.

Simplifiant la classification, il n'admet que deux variétés : tantôt le placenta prævia est inséré sur le segment inférieur plus ou moins près de l'orifice interne qu'il ne recouvre pas, tantôt il recouvre l'orifice interne en partie ou en totalité.

Y a-t-il lieu de se préoccuper des grossesses vaginales et cervicales? Les premières (observation de

Noël, *Journal de médecine*, 1779), sont loin d'être démontrées. Les grossesses cervicales comprennent quatre ordres de faits (Auvard, thèse d'agrégation, 1886).

1° Le placenta prævia s'insère seul partiellement sur la partie supérieure du col, alors que tout le reste de l'œuf est dans la cavité utérine;

2° L'œuf inséré primitivement dans la cavité du corps de l'utérus, pousse un prolongement en sablier dans la cavité du col;

3° Même disposition que dans le cas précédent, mais l'œuf contracterait des adhérences dans le col;

4° L'œuf s'implante primitivement dans la cavité du col et s'y développe sans pénétrer dans la cavité du corps de l'utérus.

La grossesse cervicale primitive [ne dépasse pas le troisième mois. Des deux variétés de grossesse cervicale secondaire, l'une n'est pas prouvée, l'autre n'est qu'un stade de l'avortement,

Restent les faits de grossesse normale avec prolongement cervical ¶ du placenta qui constituent une variété d'insertion vicieuse du placenta. Thévenot a montré que si leur existence était hors de doute, leur intérêt était celui du placenta prævia ordinaire, la conduite à tenir étant la même dans les deux cas. (*Union médicale*, 1881, n° 32, 3^e série).

En somme, la migration de l'œuf fécondé qui ne prend racine qu'après plusieurs semaines, a des limites très étendues : si dans des circonstances heu-

reusement rares, l'œuf s'implante en un point variable de l'extrémité opposée du canal génital (grossesses tubaires, grossesses extra utérines), il n'y a aucune difficulté à admettre la possibilité de son implantation primitive dans la cavité du col.

II. — *Conformation extérieure.* — Circulaire, aplati, plus épais au centre qu'à la circonférence, le placenta normal revêt ordinairement la forme d'un disque. Le diamètre moyen est de 15 à 18 centimètres ; son épaisseur atteint près de 3 centimètres pour sa partie centrale, et à peine un demi-centimètre pour sa circonférence.

Le placenta prævia diffère du placenta inséré normalement aussi bien par sa forme que par sa structure. Son épaisseur ne dépasse pas un demi à un centimètre, le diamètre longitudinal est en général double et triple du diamètre transversal, aussi il est allongé plutôt que circulaire. Son poids est souvent inférieur à 500 grammes.

Tout placenta offre à considérer deux faces. Il a de plus une circonférence. La face externe adhère faiblement à l'utérus ; les moyens d'union sont constitués par l'intrication des grandes cellules de la caduque et par la prolongation des sinus utérins dans le placenta. Sa surface est mamelonnée. Les saillies formées par les cotylédons sont au nombre de 12 à 18 ; elles se divisent en lobules qui eux-mêmes sont composés par un groupement de villosités. Dans le plâ-

centa prævia central le doigt sent les cotylédons sans pouvoir atteindre les membranes.

La face interne ou fœtale est recouverte par l'amnios, que l'on peut d'ailleurs détacher facilement. Cette face reçoit l'insertion du cordon ombilical. A travers l'amnios on voit ramper les vaisseaux fœtaux qui vont en divergeant dans tout le placenta. Artères et veines marchent accolées, et disparaissent en pénétrant le tissu placentaire à des distances variées de l'insertion du cordon. L'insertion du cordon peut se faire en quatre régions différentes : au centre du placenta ; entre le centre et la périphérie (insertion latérale) ; au bord du placenta (insertion marginale ou en raquette), et sur les membranes. C'est alors l'insertion vélamenteuse qui peut se faire jusqu'à 20 centimètres du bord placentaire. Dans le placenta prævia l'insertion du cordon est la plupart du temps excentrique, ordinairement marginale. La procidence du cordon qui est loin d'être rare dans ces cas serait due, d'après Müller, à son insertion près du bord placentaire le plus rapproché du col. Cette insertion aurait lieu obliquement à la surface placentaire, et d'après Ridgen, l'épaisseur de cette dernière irait en augmentant de ce point vers les bords, tandis que c'est le contraire dans le placenta normal.

Le cordon à insertion vélamenteuse est plus exposé à se rompre, mais les pertes de sang du placenta prævia ont lieu aux dépens de la mère et non du fœtus : M^{me} La Chapelle avait déjà observé qu'elles augmentaient au moment de la contraction utérine.

La circonférence du placenta se continue avec le chorion et la caduque ; elle est entourée par la grande veine circulaire, dépendance du placenta maternel. Régulier dans les cas normaux, ce bord est souvent irrégulier lors de placenta prævia ; il l'est même toujours lors d'insertion placentaire centre pour centre.

III. — *Mode de formation.* — Sans nous arrêter sur les premiers stades du développement, fusion des noyaux mâle et femelle, segmentation du noyau ovulaire, nous prendrons l'œuf au huitième jour, au moment de la formation des somatopleure et splanchnopleure. On nomme ainsi les trois feuillets blastodermiques, alors que le feuillet moyen s'est dédoublé en deux rangs de cellules dont l'externe s'est accolé à l'ectoderme et l'interne à l'endoderme. Un étranglement se fait, frappant sur l'une et l'autre membrane dans leur partie médiane ; l'ovule, toujours circonscrit par la membrane vitelline, a dès ce moment son contenu divisé en trois parties : la partie extra-embryonnaire qui formera les enveloppes de l'œuf et le placenta, la partie intermédiaire qui deviendra le cordon, et la partie embryonnaire.

Jusqu'au quatrième mois, ou mieux jusqu'à la fin du troisième mois, la vésicule ombilicale remplit le rôle qui sera à ce moment dévolu au placenta. Cette vésicule qui, par son contenu, correspond au jaune de l'œuf des oiseaux répond à la cavité réelle constituée par la splanchnopleure extra-embryonnaire.

A l'inverse de cette splanchnopleure dont la régres-

sion ira toujours en s'accroissant, au point de ne plus exister sur l'œuf à terme, la somatopleure correspondante pousse des prolongements latéraux, s'accroît au point de recouvrir complètement l'embryon, et finalement concourt, par son feuillet externe qui s'accôle à la membrane vitelline, à former le chorion secondaire, et par son feuillet interne à circonscrire une cavité dans laquelle se collecte le liquide amniotique. Ce dernier feuillet n'est autre que l'amnios.

Entre le chorion secondaire et l'amnios, les écartant l'un de l'autre, se développe un bourgeon qui provient de l'embryon et qui va prendre une part importante à la formation du troisième chorion dont le placenta est la partie la plus épaisse. C'est l'allantoïde. En se développant elle contourne les membranes enveloppantes, et contribue puissamment à leur vascularisation, vascularisation qui retentit jusqu'au niveau des villosités vasculaires. Ces dernières se développent jusqu'au troisième mois, époque où celles-là seules qui répondent à l'implantation de l'œuf sur la matrice persistent. Cette région hypertrophiée constituera le placenta.

Ainsi la vésicule ombilicale répond à l'embryon dont elle assure la vie nutritive, et l'allantoïde ou placenta est l'intermédiaire qui se substitue à la vésicule le jour où l'embryon devient fœtus.

IV. — *Structure.* — Le mode d'évolution du placenta nous est connu; nous avons vu l'allantoïde tapisser complètement la surface interne du chorion,

pénétrer avec ses vaisseaux dans les villosités disséminées sur la périphérie de l'œuf ; à un stade plus avancé les villosités répondant à la caduque utéro-placentaire se sont hypertrophiées, se sont laissées pénétrer par les vaisseaux allantoïdiens, et par suite de leur engrènement avec la partie correspondante de l'utérus sont devenues ce disque essentiellement vasculaire dit placenta. Quelle en est la structure ?

Distinguons de suite le placenta maternel et le placenta fœtal. L'œuf s'est fusionné avec la paroi utérine, les caduques utérine et ovulaire ont contracté une adhérence intime sur toute la surface utérine, et au niveau du placenta, caduque et chorion se pénètrent par leurs prolongements.

1° *Placenta maternel.* — En même temps que le chorion émettait des villosités, la caduque envoyait entre celles-ci des prolongements et des vaisseaux qui formaient les grands espaces sanguins et la coiffe épithéliale. Concomitamment à la prolifération des vaisseaux fœtaux, les vaisseaux maternels s'étalaient en énormes espaces sanguins où les villosités pouvaient puiser dans le sang maternel. A côté de ces lacs sanguins, lacunes auprès desquelles se fera la séparation au moment de la délivrance qui, par le fait, divisera le placenta maternel en deux parties, existe un système fermé dans lequel circule également le sang maternel. Les veines ont une double origine, soit les lacs sanguins, soit les capillaires.

2° *Placenta fœtal.* — Se continue sur ses bords

directement avec le chorion : ce sont d'ailleurs les prolongements chorio-allantoïdiens qui constituent la partie squelettique du placenta. Autant les villosités maternelles étaient peu luxuriantes, autant celles du chorion sont saillantes et ramifiées. Tantôt ces dernières flottent au niveau des lacis sanguins, tantôt elles s'engrènent avec les prolongements de la caduque. Le sang qu'elles contiennent ne se mélange jamais avec celui du placenta maternel : aucun doute n'est plus possible aujourd'hui sur ce point. Le revêtement épithélial qui coiffe le placenta fœtal provient pour Ercolani de la caduque, et joue un rôle important dans les échanges de la mère et du fœtus.

En somme, ce sont les villosités qui constituent le placenta. Suivant Robin, la villosité est constituée par les capillaires fœtaux, par un tissu conjonctif fibrillaire, dépendance de l'allantoïde, par une membrane choriale recouverte d'un revêtement épithélial.

Sur le placenta fœtal (face libre) se trouve étalé l'amnios, qui tapisse complètement sa face interne et se réfléchit au niveau du cordon pour se terminer là où commence le revêtement cutané de l'enfant. Cette membrane adhère peu au placenta.

Placenta prævia. — La structure est celle du placenta normal, légèrement modifiée. Les villosités fœtales sont petites, moins nombreuses ; celles qui sont privées de vaisseaux sont loin d'être rares, tous les auteurs admettent la dégénérescence graisseuse

d'une partie d'entre elles. La dissémination plus accusée des villosités, entraîne l'isolement des cotylédons. Entre eux, on trouve du sang coagulé, de véritables foyers apoplectiques qui, pour Muller, sont presque pathognomoniques du placenta prævia. Les parties altérées par le fait d'infiltrations sanguines se reconnaissent à simple vue par leur épaisseur qui tranche nettement avec celle des parties saines.

Le cordon en raquette, dont nous avons déjà relevé la fréquence lors d'insertion vicieuse du placenta, dépend du mode de développement des villosités qui toutes ont proliféré dans le sens opposé à l'insertion du cordon.

Hofmeier, Ahlfed, Kaltenbach, Schröder, à l'étranger, ont confirmé les modifications ci-dessus; en France, M^{lle} Dylion, dans sa thèse inaugurale 1890, a montré les différences en volume, et surtout en épaisseur des cotylédons placentaires, et a mis en relief, à côté des formes succenturiées et en limande celle qui est dite bilobée et où le lobe le plus petit est uni au plus volumineux par une sorte de pont membraneux, source fréquente d'erreurs de diagnostic. En effet, avec une dilatation commençante le toucher peut faire croire à une insertion partielle, et à une insertion centrale lors de dilatation plus avancée.

Des membranes, nous n'en parlerons que pour relever leur épaisseur admise par tous les auteurs, épaisseur surtout marquée au niveau du bord placentaire. Quant à leur décollement, de Sinéty admet

qu'il y a lieu au niveau des culs-de-sac glandulaires, en plein tissu maternel. C'est l'opinion qui a cours pour le placenta.

Le mécanisme de la délivrance sera traité ultérieurement à propos de l'inertie utérine; à cette place, bornons-nous à signaler le développement considérable de la couche glandulaire de la caduque. Cette couche inégale existe anatomiquement : quand le placenta tombe entraînant la couche superficielle de la caduque et, suivant l'expression de M. le professeur Tarnier, l'épanouissement placentaire des vaisseaux maternels, ce travail est possible par le fait du développement des glandes en tubes de l'utérus.

Quant au placenta, il est possible, quand on l'a en main, de se rendre plus exactement compte de sa vascularisation. De la circulation fœtale, système fermé entièrement sous la dépendance des artère et veine funiculaires, nous n'avons pas à en parler ; mais la circulation maternelle frappée par la délivrance, présente ses sinus ouverts çà et là, et dans les déchirures qui se sont produites se trouve la cause des orifices béants que présente la face maternelle du placenta. M. le docteur Delore, de Lyon (*Diction. encyclopédique des Sciences médicales*), a décrit longuement ces orifices qui, par leurs dimensions, méritent parfois le nom de lacunes, et par leurs sièges peuvent se subdiviser en orifice de la grande veine circulaire, sinus intercotylédaire et orifices de la surface placentaire. Nous rappellerons que le sinus coronaire est une réunion des veines venant

s'entrecroiser autour du placenta ; c'est une couronne formée de segments multiples et non un canal constitué par un seul tube.

La masse du sang est notablement plus considérable. M. le professeur Tarnier a, depuis bien des années, attiré l'attention sur les dimensions nouvelles des vaisseaux et sur le ralentissement de la circulation au niveau de l'utérus du fait même de l'abondance du sang dans cette région.

Des lésions placentaires analogues à celles du placenta vicieux. se rencontrent dans les cas où cet organe s'est décollé malgré son insertion normale. Nous n'avons pas à relever les causes multiples d'un pareil accident (coup sur l'abdomen, hydropisie de l'amnios, brièveté du cordon, etc.), mais nous dirons que, si les lésions anatomiques se ressemblent, cliniquement le diagnostic est possible par la simultanéité de l'albuminurie et du décollement. Blot (thèse de Paris, 1849) avait déjà vu qu'il y avait là une relation plus étroite qu'une simple coïncidence. Enfin, tout récemment, à la Société obstétricale de Paris (18 février 1892), Clopatofsky est revenu sur une lésion qui complique parfois le placenta prævia : la dégénérescence calcaire de cet organe. Ainsi s'expliqueraient des adhérences secondaires, adhérences qui ne permettent jamais, en tout cas, le rétablissement des rapports circulatoires.

V. — *Causes du placenta prævia.* — Mal con-

nues, et pourtant les travaux sur ce sujet n'ont pas manqué.

Ingleby cite deux cas où la trompe s'ouvrait à la partie inférieure de l'utérus, près du col. Autant de grossesses, autant de placenta prævia. Mais c'est là une explication vraie seulement pour certains cas.

L'insuffisance de la tuméfaction de la muqueuse utérine, jointe à l'agrandissement de la cavité qu'elle circonscrit, semble être la cause ordinaire de l'insertion vicieuse. Tout ce qui tend à augmenter la capacité de l'utérus, grossesses multiples, répétées à de courts intervalles, toutes les causes qui en rendront lisse la paroi interne, tels les écoulements leucorrhéiques, seront cause également de l'insertion vicieuse du placenta.

Quelques auteurs ont même cherché l'explication de la plus grande fréquence du placenta prævia chez les multipares dans la présence des cicatrices que tout ovule fécondé laisse sur l'utérus en son point d'insertion.

Polailon a observé le placenta prævia coïncidant avec le cloisonnement de l'utérus. C'est une observation qui n'est pas sans intérêt, mais qui ne peut servir à l'interprétation de tous les faits.

Si nous laissons de côté un certain nombre de causes bizarres pour nous en tenir à celles qui paraissent démontrées, nous rattacherons le placenta prævia tantôt à des anomalies utérines (Ingleby, Polailon), tantôt à des maladies antérieures de la matrice, que

ces affections soient accidentelles (métrites, secousses utérines développées par la trépidation du chemin de fer. Pinard) ou la conséquence de couches antérieures (Scrøder, ampleur de la cavité utérine. — Depaul, absence de congestion suffisamment intense).

Si nous nous adressons aux statistiques très nombreuses qui ont trait à cette question, nous sommes fixés ainsi qu'il suit, sur la fréquence du placenta prævia : un cas de placenta prævia pour 1078 accouchements. C'est la moyenne donnée par Müller.

C'est entre 30 et 35 ans que se rencontre le plus grand nombre de cas. Lomer, sur 150 observations, a établi la proportion suivante :

Entre 20 et 25 ans, 16 femmes.

— 25 et 30 — 46 —

— 30 et 40 — 81 —

Au delà de 40 — 7 —

Tous les auteurs sont d'accord pour incriminer la multiparité. Depaul écrivait déjà que sur 7 cas de placenta prævia, 6 s'observaient chez des multipares.

Hofmeier, Nordman, sur 90 cas, ne citent pas une seule primipare, aussi la proportion précédente est encore trop élevée pour certains accoucheurs tels qu'Indell, qui signale en outre la plus grande fréquence du placenta vicieux chez les femmes ayant eu des accouchements multiples en un court laps de temps. Dans une observation de cet auteur, on relève quatre grossesses arrivées à terme en quatre ans.

•

Les récidives chez la même femme sont rares ; nous en rapportons quelques cas qui doivent être mentionnés à côté de ceux observés par Rokitansky, d'Outrepont et Ingleby. Nous n'avons aucune donnée pour affirmer si l'insertion vicieuse est un accident frappant de préférence certaines familles.

Plus loin, on trouvera les observations de deux placenta prævia ayant coexisté avec des grossesses gémellaires. C'est une coïncidence rare (Müller : une fois sur 17 cas. — Kuhn : deux fois sur 40). Si avec Pittok on admet un cas de placenta prævia sur 400 accouchements, on peut admettre que la simultanéité précédente est rarement observée. A propos d'une observation de ce genre due à Ortigos, on a écrit que l'une des trois hypothèses suivantes était admissible : l'utérus contenait, ou deux vésicules de Graaf, ou une seule vésicule ayant deux ovules, soit enfin un seul ovule avec deux germes.

Quant aux variétés d'insertion, la fréquence de l'insertion partielle est consignée par tous les accoucheurs : dans nos observations, nous aurons toujours soin d'indiquer à quelle variété on a eu à faire.

CHAPITRE II

Clinique et thérapeutique du Placenta prævia pendant la gestation et le travail.

- I. — Symptômes. Hémorrhagies. Caractères. Date d'apparition. Toucher, renseignements qu'il donne. Déchirure prématurée des membranes. Procidence du cordon. Jugement de Braxson Hikrs.
 - II. — Mécanisme de l'hémorrhagie. Théories diverses : Levret, Jacquemier, Duncan. Depaul. Barnes. Segment inférieur de l'utérus, de sa formation, écoles allemande et française. Primipares et multipares. Rupture prématurée des membranes. Balancement entre ce phénomène et les hémorrhagies. Abondance des pertes en rapport avec augmentation de la masse du sang.
 - III. — Conduite à tenir : 1° Pendant la gestation. Moyens médicaux. Laudanum. Ergot contreindiqué. Tamponnement vaginal. Données pratiques concernant ce procédé ; 2° Pendant le travail. Avant la dilatation du col : Tamponnement ou rupture des membranes. La dilatation étant complète : Méthode de Pinard : Expectation. De la méthode de Braxson Hikrs. Indications et contre indications. Statistiques de Lomer.
-

I. — En langage clinique, hémorrhagies des trois derniers mois et insertion vicieuse placentaire sont synonymes. Si le signe fonctionnel prime tout, sa description doit tout d'abord nous occuper. Une femme avec placenta prævia présente habituellement une perte hémorrhagique qui débute dans les trois derniers mois de la grossesse, qui apparaît brusque-

ment sans douleurs, sans coliques, sans cause occasionnelle, et qui présente nettement le double caractère d'être nocturne et intermittente. Une telle hémorrhagie n'est pas sans offrir de grandes variétés de fréquence, d'abondance, de date d'apparition : mais quelle que soit sa forme, elle rappelle toujours cette esquisse classique connue de tout le monde.

Admettre sa fréquence, ce n'est pas dire qu'elle est inévitable. Son mécanisme nous expliquera pour quel motif elle se renouvelle à intervalles plus rapprochés chez les primipares et à mesure que la période du travail se dessine davantage.

Son abondance varie avec chaque parturiente ; c'est ce caractère qui joint au précédent permet d'apprécier l'état général de la malade. Depuis la perte de sang légère qui donne lieu à un affaiblissement général passager, jusqu'à celle qui cause une syncope fatale, tout est possible lors de placenta prævia. En général l'hémorrhagie est surtout considérable pendant le neuvième mois, quand l'accouchement n'est pas devancé. Des symptômes relevant de l'état général, tels que douleurs dans les reins, sensations de pesanteur dans le bas-ventre, et n'ayant aucune valeur diagnostique dans le cas présent, trouvent, dans l'abondance des pertes, leur raison d'être.

La date de la première hémorrhagie n'offre rien de fixe : à côté de la loi générale indiquée plus haut, il y a place pour de nombreuses exceptions. Le docteur Tissier de Paris (Société obstétricale de

France. Congrès de Paris, avril 1892) a fait connaître une observation d'hémorrhagies précoces dans un cas de placenta prævia. Chez une multipare enceinte pour la douzième fois, les premières manifestations hémorrhagiques se montrèrent avec le début de la grossesse et persistèrent sans arrêt jusqu'à la fin. Un cas analogue est relaté par Depaul. Les auteurs classiques citent comme extraordinaires les cas d'insertion vicieuses s'étant manifestés dès le cinquième mois. Il y a toujours lieu de se demander, quand l'accouchement a lieu avant le septième mois, si l'hémorrhagie utérine ne reconnaissant pas cette cause. Toutefois on admet généralement que lors d'avortement par hémorrhagie spontanée la syphilis doit être incriminée; tant que l'utérus gravide n'est pas à terme, il est assez difficile de savoir si le placenta est inséré bas ou non.

Si l'hémorrhagie peut exceptionnellement apparaître au début de la gestation, elle est susceptible de ne se manifester qu'à la fin du travail. Ces cas sont importants à connaître, car nous verrons la grande tendance à l'inertie utérine *post partum* créée par l'insertion du placenta sur le segment inférieur. Nous reviendrons sur l'importance pratique qu'il y a de toujours examiner à quel niveau se sont déchirées les membranes par rapport au bord placentaire.

En somme l'hémorrhagie domine la scène : silencieuse pendant la gestation, elle se répète avec les premières douleurs plus fréquemment, et permet

un diagnostic que l'on a tout avantage à porter de bonne heure.

Pour compléter l'examen, c'est au toucher qu'il faut s'adresser, mais on n'oubliera jamais que la plus grande prudence s'impose dans la constatation des signes physiques. On sait toute la gravité que comporte l'examen d'une femme au moment de ses règles ; ce fait ne doit jamais être perdu de vue, et alors même que l'asepsie la plus rigoureuse est employée, il y a toujours inconvénient à toucher une femme qui perd, par le fait qu'on entretient cet état, Épaississement anormal au niveau du segment inférieur de l'utérus, absence habituelle de ballottement par le fait de l'introduction du placenta entre la poche des eaux et le doigt, sensation de masse spongieuse donnée par le placenta qu'on ne confondra pas avec celle de corps élastique, fluctuant, révélant la poche des eaux, autant de signes qu'un praticien exercé pourra constater sans se départir d'une grande douceur. Nægelé (*Traité pratique de l'art des accouchements*) conseille le toucher intra-cervical, il y voit l'avantage de reconnaître si l'insertion a lieu sur la partie antérieure du segment inférieur, ce qui n'est pas sans portée pronostique et thérapeutique.

On ne prendra pas un cotylédon accessoire, inséré au niveau de l'orifice interne de l'utérus pour le placenta : les conditions désavantageuses que le placenta prævia trouve pour sa nutrition expliquent cette coïncidence, qui n'est pas très rare. Le cotylé-

don décollé, l'hémorrhagie prend fin. Le diagnostic différentiel n'offre aucune difficulté : les polypes sphacelés, les néoplasmes du col produisent des hémorrhagies, c'est vrai, mais l'absence des signes propres à toute grossesse, la possibilité avec l'ongle, de pénétrer dans l'épaisseur du col lors de sa dégénérescence carcinomateuse, moyen quotidiennement employé pour faire ce diagnostic par M. le professeur Laroyenne, permettent de suite de ne pas s'égarer.

Ces dernières années, M. Pinard (*Annales de gynécologie*, 1886, tome 1^{er}) a été amené à diagnostiquer l'insertion vicieuse par la rupture prématurée des membranes. C'est même cet accident qui expliquerait les cas de placenta prævia, sans hémorrhagies, cas dont M. Pinard a montré la fréquence. Lacaille avait consacré sa thèse inaugurale à ce sujet ; toutefois, les conclusions formulées dans ce travail ont été modifiées par le professeur de la clinique Baudelocque dans la publication des *Annales*.

Nous devons signaler ce fait classique, que nous aurons à étudier en même temps que le mécanisme de l'hémorrhagie : il permet de comprendre la fréquence des présentations vicieuses et des procidences du cordon.

Le docteur Auvard (thèse d'agrégation) donne des statistiques à l'appui de ces derniers accidents. Ainsi, la zone dangereuse pour la mère l'est également pour l'enfant : Mirasson (thèse de Paris, 1889) insiste sur l'avantage des circulaires autour du cou, qui

peuvent empêcher un cordon inséré sur le bord inférieur d'un placenta prævia de faire procidence, et par suite d'être comprimé. Il y a longtemps que cette insertion marginale du cordon, lors de placenta prævia, est connue : Levret, l'inventeur du forceps, en faisait même une loi absolue. L'attention doit être éveillée toutes les fois que le cordon en procidence ne se trouve pas en arrière dans l'une ou l'autre fosse iliaque : c'est soupçonner un placenta prævia qui existe presque toujours.

Quelle influence a sur l'hémorrhagie la diversité de siège du placenta prævia ? A propos du mécanisme, nous verrons Depaul formuler que l'insertion sur le segment antérieur actionne ordinairement les hémorrhagies. Si une telle donnée est exacte, on peut dire que, dans la pratique, c'est dans leur répétition plutôt que dans le siège du placenta qu'on cherche des éléments de pronostic.

« Quand le placenta est inséré au tiers inférieur de l'utérus, il y a probabilité d'hémorrhagie. Si l'insertion est centrale ou marginale, on doit s'attendre à une hémorrhagie avant ou pendant le travail, soit prématurément, soit à terme.

Lorsque l'hémorrhagie s'est déclarée, la malade est en danger, et en danger d'autant plus grave qu'il y a probabilité que l'hémorrhagie se renouvellera.

La position relative du placenta sur le col n'a aucune influence sur la fréquence ou la quantité de la perte du sang. En un mot, que l'insertion soit centrale ou marginale, le danger est le même. »

Telles sont les propositions émises par Braxson Hicks, en 1890. et consignées dans la *Gazette médicale* de Liège.

II. — Le mécanisme des hémorrhagies, lors d'insertion vicieuse. a donné lieu à plusieurs théories qui, successivement, ont été admises par les accoucheurs. Si nous croyons aborder cette étude, c'est qu'elle n'est pas sans avoir eu ses conséquences pratiques : le tampon vaginal opposé comme une barrière infranchissable à l'hémorrhagie, la rupture prématurée des membranes, employée dans le même but, ont trouvé dans les idées de l'époque leur raison d'être. Nous ferons de nombreux emprunts à la thèse de Bitot (Paris, 1880), qui est exclusivement consacrée à ce sujet ; toutefois, nous aurons à nous étendre sur l'enseignement contemporain qui a modifié, dans une certaine mesure, les interprétations anciennes.

C'est à Levret qu'il faut remonter pour avoir sur le mécanisme de ces hémorrhagies une conception nettement formulée. Ce praticien s'éleva contre les idées qui avaient cours à son époque, et qui entretenaient une erreur monstrueuse : c'était le placenta, disait-on, qui se détachait du fond de l'utérus et qui, en tombant sur le col, permettait l'écoulement de sang. A cette explication, Levret en oppose une plus rationnelle, mais facilement réfutable, comme nous le verrons. Le col en s'effaçant laisse une portion de plus en plus grande du placenta sans adhérence avec l'uté-

rus, et c'est cette partie molle, vasculaire, que les tiraillements déchirent, en même temps que tout le segment inférieur de l'utérus se congestionne. Ce mécanisme, repris par Baudelocque, Velpeau, explique facilement la production de l'hémorrhagie, mais il ne peut être appliqué aux hémorrhagies de la gestation, l'effacement du col appartenant exclusivement à la période du travail.

Des notions anatomiques plus précises sur les phénomènes de la gestation permettent d'autres interprétations qui portent le nom de leurs auteurs. La théorie de Jacquemier est fondée sur le manque de parallélisme entre le développement de l'utérus et celui du placenta. L'utérus, normalement, se développe jusqu'aux trois derniers mois par sa partie supérieure; au septième mois, le développement placentaire est en partie achevé, mais l'augmentation utérine se poursuit à ce moment aux dépens du segment inférieur. Lors d'insertion vicieuse, il en résulte l'impossibilité pour le placenta de rester adhérent à l'organe qui le soutient. Duncan, Depaul se sont faits ultérieurement les partisans de cette manière de voir, leurs théories ne diffèrent que sur des points secondaires. Avec Duncan, le décollement placentaire relevait presque toujours de traumatismes génitaux portant sur le col utérin ou la paroi abdominale. Si le traumatisme est un agent de décollement, on ne lui reconnaît plus la part prépondérante que cet auteur lui accordait.

Depaul (clinique obstétricale 1872-1876) complète

les travaux de Jacquemier en montrant pourquoi l'hémorrhagie n'est pas constante lors de placenta prævia. « Dans les parties inférieures de l'utérus, dit cet accoucheur, l'accroissement n'est pas le même partout, la région postérieure se développe, en général, moins que l'antérieure, les parties latérales se développent inégalement. » Ainsi la région antéro-inférieure de l'utérus est celle qui s'amplifie le plus et les cas de placenta prævia sans hémorrhagie s'expliquent par leurs insertions sur la région postérieure de ce segment. Si Jacquemier (*Traité d'accouchements*, 1846) n'admettait déjà plus l'hémorrhagie inévitable de Levret, c'est Depaul qui devait en donner l'explication. Cet auteur cherchait même dans la distension mécanique du segment antéro-inférieur la raison de ces placentas allongés en limande, si fréquents lors d'insertion vicieuse. La tête fœtale, en comprimant la partie antérieure du délivre, amenait le décollement de sa partie opposée et l'amincissement de la région comprimée.

Legroux, de son côté, avait repris les idées de Jacquemier, mais en attribuant le décollement non à l'ampliation utérine, mais bien au développement excessif du placenta. A Barnes, qui a repris cette théorie et y a attaché son nom, on peut objecter que le placenta est complètement développé au moment où se produisent les hémorrhagies qui traduisent l'insertion vicieuse, et que les pertes ne sont pas plus fréquentes aux périodes cataméniales. C'est réfuter en même temps l'accroissement con-

gestif périodique que Barnes reconnaissait au placenta.

Avant de parler d'un autre mécanisme bien étudié dans ces derniers temps (thèse de Dylion, Paris, 1890), nous rappellerons comment on a expliqué la formation du segment inférieur de l'utérus. L'anatomie permet de se rendre compte de toutes les théories anciennes et modernes destinées à expliquer la cause de ces hémorrhagies. Comment se forme le segment inférieur de l'utérus en premier lieu chez la primipare, puis chez la multipare? Quand on examine une primipare quinze jours avant son accouchement, on perçoit un espace circulaire limité par un rebord saillant, grandissant de jour en jour. Si d'emblée ce segment a le degré de minceur qu'il doit avoir, son étendue va en s'accroissant progressivement; il en est de même de la saillie du bourrelet qui le limite. Les limites en hauteur du segment inférieur sont variables; la femme court un certain danger, quand il arrive jusqu'à l'ombilic, ce qui est d'ailleurs exceptionnel. Deux autres phénomènes se passent simultanément : l'effacement du col et la dilatation de l'orifice externe. L'effacement se produit avant la dilatation, du moins chez la primipare; le col diminue de hauteur par la dilatation de sa portion la plus élevée et arrive à ne plus exister que par l'orifice externe. En même temps, le tissu du col s'amincit, s'étend comme un tissu élastique : il y a donc absorption successive du col par le segment inférieur. A l'orifice interne de la cavité cervicale s'en

substitue un autre pris dans la hauteur du col. Le travail de dilatation qui concourt à l'ouverture de l'orifice externe est plus facile à suivre ; cet orifice se dilate au moment des douleurs, c'est vrai, mais la présence de la poche des eaux n'est pas sans exercer quelque influence mécanique sur cette dilatation, bien plus lente à s'effectuer lors de la rupture des membranes.

Chez la multipare, qu'observe-t-on ? Le plus souvent on arrive au début du travail sans que le segment inférieur de l'utérus soit constitué. Chez la primipare nous avons vu l'effacement du col précéder sa dilatation ; chez la multipare tout se passe en même temps : dilatation, effacement et formation du segment inférieur. Le col en s'ouvrant perd à la fois sa hauteur. Là est l'explication de la plus grande fréquence des hémorrhagies chez les primipares lors de placenta prævia ; cette fréquence est admise par tous les accoucheurs, qu'ils acceptent ou non les idées de Bandl.

Cet auteur allemand dont le nom est resté au bourrelet saillant qui limite le segment inférieur dans sa partie supérieure a le premier formulé en 1875 la conception précédente qui fait dériver ce segment inférieur du col ; tout se passe, d'après lui, comme si les fibres circulaires du muscle utérin glissaient sur les longitudinales. Chaque contraction indolore des derniers temps de la grossesse est l'agent de ce déplacement.

Il y a lieu de remarquer que cet anneau de Bandl

se constate facilement ; il en est différemment de l'orifice interne du col dont les limites sont très difficiles à tracer. Par la muqueuse qui le recouvre autant que par ses rapports avec le péritoine, le segment inférieur appartient à la paroi du corps de l'utérus.

Telle est la théorie allemande sur le développement de l'utérus pendant la dernière quinzaine de la gestation. Les idées du professeur Pinard, qui n'accepte pas le mode de développement précédent, méritent d'être exposées à pareille place. Elles nous amèneront naturellement à décrire le mécanisme que ce même auteur reconnaît aux hémorrhagies qui marquent l'insertion vicieuse.

La partie nouvelle qui permet à l'utérus de se mettre en rapport avec le développement fœtal arrivé à terme n'appartient pas au col, mais bien au corps de l'utérus. Si le segment inférieur est tapissé d'une muqueuse histologiquement semblable à celle de l'utérus, c'est que cette région appartient au corps de cet organe. Le muscle utérin, d'après Pinard, s'allonge dans le sens longitudinal : les fibres musculaires conservent bien leurs rapports avec le col, mais elles s'étirent et constituent un cercle dont l'amin-cissement trahit la dilatation du col. A cette distension mécanique, dont l'amin-cissement est la meilleure preuve, Pinard rattache les grands effets de l'insertion vicieuse du placenta : hémorrhagies des trois derniers mois, accouchement prématuré et même la rupture de la poche des eaux avant terme dont il a montré dans le placenta prævia la cause commune.

C'est en 1886 que le professeur Pinard a repris la distension mécanique admise déjà par Jacquemier. Si avec le placenta inséré normalement, c'est-à-dire au fond de l'utérus, les hémorrhagies n'ont pas lieu, cela tient à la répartition sur toute la surface des membranes des tiraillements qu'exerce le fœtus sur la partie en rapport avec l'orifice utérin ; cette même répartition est impossible dans les cas d'insertion vicieuse, et son absence se traduit par la rupture des membranes ou si ces dernières résistent par un décollement placentaire, c'est-à-dire par des hémorrhagies. En somme, pendant la gestation comme pendant le travail, l'hémorrhagie reconnaît le même mécanisme, à la condition que l'insertion soit vicieuse ; c'est par l'intermédiaire des membranes que le décollement placentaire se produit, c'est par leur rupture que les pertes peuvent être évitées. Mais celles-ci sont inévitables avec une insertion centre pour centre, puisque la pression fœtale porte directement sur le placenta.

Tout à l'heure c'était par le siège occupé par l'insertion vicieuse qu'on réfutait la théorie de l'hémorrhagie inévitable ; actuellement c'est par un accident dont la fortuité n'est bien connue que depuis 1886 (*Annales de gynécologie*). Cette nouvelle explication a pour but de fournir l'exacte interprétation de la méthode de Puzos : cet auteur en réalisant la rupture artificielle agissait contre l'hémorrhagie, non pas en permettant à la région fœtale de jouer le rôle de tampon, mais bien en arrêtant le décollement. A

Pinard revient le mérite d'avoir compris ce mécanisme, et d'avoir repris un procédé auquel on a justement, dans ces derniers temps, attaché son nom.

Cet auteur, dans les travaux de ses élèves, revient souvent sur ce mécanisme, aujourd'hui bien connu. Quand le placenta est prævia, l'ampliation de l'utérus se fait aux dépens d'une partie du segment inférieur seulement, et cette partie subit une distension considérable. L'élasticité du chorion est bien moindre à ce niveau, car l'observation montre sa plus grande épaisseur dans la région juxta-placentaire; cette membrane agit donc sur le placenta, et si ce dernier ne cède pas, bientôt elle se rompt. L'amnios peut résister, mais seul à supporter la pression intra-amniotique, il se déchire ordinairement et les eaux s'écoulent. On a même établi la fréquence de l'hydramnios dans les cas qui nous occupent (Mantel, *Arch. de tocologie*, 1888), le segment inférieur, en se contractant, ne pourrait assurer la régularité de la circulation, il y aurait une véritable insuffisance, une asystolie, et l'hydramnios se produirait comme l'hydropisie dans les cas d'asystolie cardiaque. Une telle complication confirme l'inutilité de l'obstacle apporté par l'amnios à l'écoulement des eaux. Ainsi les membranes ne peuvent se prêter, comme la paroi utérine, à des distensions localisées exagérées. Enfin, pour les cas où malgré l'écoulement des eaux, l'hémorrhagie persiste, il y a toujours lieu de penser à une déchirure incomplète, permettant à la pression exercée par la

région fœtale qui se présente de toujours se faire sentir.

Dès 1877, Schroeder avait entrevu le mécanisme que nous venons d'esquisser; s'il avait déjà compris le glissement de la paroi utérine sur l'œuf, le maintien des rapports entre la caduque et la cloison lors de déchirure des membranes, il avait toutefois eu le tort de comparer le placenta prævia à des cas où l'insertion est normale, et d'en rapprocher la grossesse gémellaire, et l'expulsion placentaire normale.

La théorie de Pinard fait justice d'une vue déjà ancienne, reprise par Moutet, de Montpellier, vers 1860. La mort du fœtus interviendrait dans les cas de placenta prævia sans hémorrhagie. Un élève du docteur Budin, Pandelet, a consacré sa thèse inaugurale à réfuter une telle manière de voir qui est d'ailleurs en contradiction avec les notions actuelles sur la circulation placentaire.

En somme l'insertion vicieuse du placenta donne lieu soit à un décollement placentaire, soit à la rupture prématurée des membranes. L'hémorrhagie est constante dans le premier cas, exceptionnelle dans la deuxième hypothèse, ou elle ne se voit guère que lors de présentation vicieuse. Les anciens admettaient alors l'absence de compression sur la plaie utérine, la tête du fœtus ne faisant pas tampon; avec Pinard, nous dirons que si l'hémorrhagie continue, elle relève encore des tiraillements exercés par l'enfant sur les membranes incomplètement déchirées.

La répétition de ces hémorrhagies, caractère sur lequel nous avons déjà insisté, va en augmentant à mesure que le travail approche. Souvent elles se renouvellent sans acquérir une grande intensité, car les douleurs qui l'actionnent chaque fois sont longtemps faibles et irrégulières. L'hémorrhagie elle-même retentit sur la contractilité utérine pour la diminuer. Si les pertes liées à l'insertion vicieuse sont pendant des semaines silencieuses, cela tient simplement à ce que l'extensibilité du muscle utérin n'est pas épuisée ; la douleur qui accompagne tout travail apparaît au moment où cette propriété disparaît.

En terminant, nous rappellerons que la quantité de sang perdue par la parturiente peut être très abondante, cette donnée est la conséquence de l'augmentation dans une proportion considérable de la quantité de sang contenu dans l'utérus. « L'augmentation du volume des troncs artériels qui se rendent à l'utérus est considérable ; celle des branches que ces troncs fournissent aux parois utérines l'est encore bien davantage. » Murphy's, Goodell, et bien d'autres ont insisté avec M. le professeur Tarnier sur ce fait. La gêne de la circulation en retour dans les veines iliaques et la veine cave inférieure, par l'utérus gravide, les modifications de l'appareil circulatoire pendant la grossesse (augmentation de la masse sanguine-hypertrophie du ventricule gauche), sont autant d'explications de l'abondance de ces hémorrhagies utérines dont Moreau (thèse de Paris, 1888)

a admis la possibilité même dans des cas à placenta inséré normalement.

Bien connaître le mécanisme de ces écoulements sanguins n'empêche pas, il est vrai, le danger pour les femmes d'exister comme par le passé, mais il faut bien savoir que l'accoucheur n'est pas désarmé, nous n'en voulons pour preuve que les résultats consignés dans les observations relatées dans ce mémoire.

III. — *Quel est le traitement du placenta prævia pendant la gestation et le travail?* — Cette question très importante qui a donné lieu à d'innombrables travaux, sera par nous traitée brièvement. Désireux de nous arrêter principalement sur le traitement *post partum*, nous ne saurions mieux faire que de renvoyer ici le lecteur à la thèse d'agrégation du docteur Auvard, et au travail plus récent de M^{lle} Dylion (thèse inaugurale, Paris, 1890).

Lors d'hémorrhagie modérée, l'expectation est la ligne de conduite à laquelle tous les accoucheurs se rallient. Les moyens palliatifs proposés par les auteurs sont multiples; quelques-uns seuls sont restés dans la pratique. Il est bon de les connaître et, au besoin, d'y avoir recours. La parturiente sera condamnée à un repos absolu, dans le décubitus dorsal, la tête basse et le bassin élevé à l'aide d'un drap par exemple, mis sous le siège. On veillera à ce que la malade ne soit pas trop couverte, et au besoin on appliquera des compresses froides sur les cuisses et

l'hypogastre. C'est à Dorain que nous sommes redevables de ce dernier procédé, aujourd'hui bien vulgarisé. La vessie et le rectum ne devront pas être oubliés ; d'ailleurs, il est nécessaire que la voie rectale soit libre pour administrer les lavements laudanisés (15 à 20 gouttes), autre moyen classique auquel on aurait tort de ne pas recourir. La teinture de viburnum prunifolium, à la dose de 15 à 20 gouttes en deux fois dans un demi-verre d'eau, a été également préconisée ; mais comme tant d'autres moyens médicaux (sinapismes à la partie supérieure du dos, hémostatiques divers, sauf l'ergot), la confiance qu'on doit leur accorder ne permet leur application que dans les cas bénins.

Le seigle ergoté a été vanté par P. Dubois en 1836, *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. Ce praticien formulait 2 grammes en trois prises à prendre, à 10 minutes d'intervalle. A l'heure présente, l'emploi de ce corps est bien précisé, et si nous en parlons ici, c'est pour le proscrire absolument tant que la cavité utérine contient un corps étranger, que ce corps soit un fœtus, des caillots, voire même des débris de membranes.

Les injections vaginales avec l'alun, l'écorce de chêne, le vin rouge, la teinture d'iode diluée, les solutions antiseptiques chaudes sont des moyens peu efficaces, dont l'action est temporaire et l'emploi de plus en plus délaissé.

L'hémorrhagie est-elle considérable, alors que la femme n'est pas en travail, quelle conduite nouvelle

s'impose ? Tamponner, telle est la réponse faite par M. le docteur Vincent, de Lyon. C'est la manière de faire d'un grand nombre de praticiens qui voient là un moyen d'arrêter l'hémorrhagie et de provoquer l'accouchement. La thèse de Bitot, Paris, 1880, celle d'Auvard en donnent le mode d'application. Les nombreux insuccès tiennent à des tamponnements mal faits, non rigoureusement appliqués. Sans insister, il y a lieu de rappeler certains principes qui sont les suivants : 1° on ne met jamais trop de gaze dans le vagin, la quantité nécessaire est considérable, vulgairement on la compare à celle qu'il faudrait pour remplir un chapeau haute-forme ; 2° les plus grandes précautions antiseptiques sont de rigueur, c'est-à-dire que la gaze iodoformée seule doit être employée à l'exclusion des vessies en caoutchouc, pessaires divers qui ont été préconisés et sur lesquels nous aurons à revenir ; 3° on ne doit jamais retirer le tampon sans en avoir un prêt sous la main ; l'extraction peut être suivie d'une hémorrhagie considérable, d'où la nécessité d'une telle mesure.

La femme est en travail, et perd beaucoup ; là nous distinguerons deux cas :

1° La dilatation n'est pas complète. A Lyon on tamponne. C'est l'indication typique de ce moyen obstétrical, dont Leroux, de Dijon, a été le premier vulgarisateur. Mais ce n'est pas le seul moyen. L'école de Paris, avec le professeur Pinard, en a fait un moyen de nécessité et non de choix, les données théoriques nouvelles conduisaient d'ailleurs naturel-

lement à un autre procédé, la rupture large des membranes. Les objections faites au tamponnement vaginal, se sont multipliées : il était douloureux, il comprimait la vessie, le rectum, il pouvait même substituer une hémorrhagie interne à une hémorrhagie externe (fait qui ne se réalise en tout cas que lors de rupture antérieure des membranes), etc... La meilleure réponse à notre avis à tous ceux qui systématiquement repoussent l'emploi d'un moyen dont l'efficacité a été maintes fois hors de doute, est de publier les cas où son application a été méthodiquement conduite. Les nombreuses observations que M. Vincent a bien voulu mettre à notre disposition parlent d'elles-mêmes dans ce sens ; le docteur Auvard, de Paris (*Semaine médicale*, 1885, page 117) a publié sur ce sujet un travail comparatif qui n'est pas sans instruction.

Quant à la durée du séjour du tamponnement vaginal, les praticiens ne partagent pas la même opinion. Les uns, c'était déjà la manière de faire de Bailly, laissent le tampon en place, et attendent, si l'hémorrhagie est arrêtée, qu'il soit expulsé avec le fœtus ; les autres, et c'est le grand nombre, l'enlèvent après une durée qui varie entre 12 et 24 heures ; ils ont alors soin de ne pas quitter la malade à ce moment, et se tiennent prêts à une nouvelle intervention s'il y a lieu.

2° La dilatation est complète. Au lieu de tamponner, il y a lieu de rompre les membranes. Si la présentation est normale, si l'engagement se produit, si

les contractions s'établissent régulièrement, on abandonne l'accouchement ou du moins on se contente de le surveiller; si malgré les conditions ci-dessus l'hémorrhagie persiste, on procède à l'accouchement qu'on termine par un forceps sauf le cas où la tête est encore au détroit supérieur et où la version est faite. Quand le fœtus ne se présente pas par le sommet, il faut toujours terminer artificiellement l'accouchement. Telle est la ligne de conduite qui a cours dans la pratique lyonnaise, telle est celle dont nos observations sont des exemples. Si, à propos du tamponnement utérin, M. Auvard a pu dire que l'on n'intervenait jamais trop tôt, on peut renverser la proportion quand il s'agit du tamponnement vaginal, car ce dernier en arrêtant l'hémorrhagie, provoque l'accouchement.

Avant d'aborder le traitement *post partum*, nous ne pouvons passer sous silence une méthode qui, depuis quelques années fait grand bruit, qui se généralise surtout à Paris, et qui est déjà pratiquée en province par les accoucheurs spécialistes. Nous avons nommé la méthode de Braxton Hicks. Passé sous silence dans le traitement classique que nous venons de mentionner, ce procédé pourtant a ses indications, et il importe de les bien connaître pour ne pas tenter une méthode difficile pour tout praticien qui ne se limite pas à l'art des accouchements.

De ses indications, l'une a trait au placenta prævia. Une hémorrhagie abondante survenant au début du travail sera heureusement combattue par l'abaisse-

ment d'un membre pelvien dans le vagin après l'écoulement provoqué des eaux.

Braxton Hicks, quelle que soit la présentation, fait la version podalique par manœuvres mixtes ; on comprend que lors de présentation du siège, le procédé soit tentant. Peut-on d'ailleurs dire qu'en agissant ainsi, on ne tamponne pas.

L'autre indication surgit lorsqu'une présentation de l'épaule existe pendant la dilatation ; c'est la version mixte céphalique et non podalique que l'on cherchera à réaliser. Toutefois le D^r Budin, envisageant le danger que toute présentation du sommet fait naître sous le rapport de la compression du cordon, semble n'accepter, lors de manœuvres combinées, que la version podalique (*Bulletin de la Société de médecine pratique*, 1^{er} mars 1888).

Les contre-indications à cette méthode sont tirées de la mort du fœtus et de la non-ouverture de l'orifice utérin. Quand le fœtus est mort depuis longtemps, que le travail n'est pas établi, il y a avantage à ne pas rompre la poche des eaux, de peur de déterminer la putréfaction par la pénétration de l'air dans l'œuf.

La fermeture de l'orifice utérin ne constitue pas une contre-indication absolue, car on peut toujours agir à travers le segment inférieur de l'utérus sur la partie fœtale.

Le trop grand engagement de cette dernière peut être encore un obstacle à la version mixte.

Pour l'étude complète de cette méthode, il y a lieu

de consulter le travail de Lomer (*The American J. of Obst.*, décembre 1884, vol. XVII, p. 1233 à 1260). En 1888, revenant à nouveau sur la version combinée, qui est son procédé favori, ce praticien l'apprécie dans les termes suivants :

« Celle-ci, dit-il dans le *Sem. Clinique* de Berlin, n° du 3 décembre 1888, donne pour la mère une mortalité de 4.5 pour 100, tandis que par les autres méthodes on a de 22 à 35 pour 100. »

Les faits en France manquent pour ratifier un pareil jugement en connaissance de cause.

Ainsi, aujourd'hui comme jadis, les accoucheurs n'adoptent pas la même ligne de conduite pour combattre les hémorrhagies de la gestation et du travail liées à l'insertion vicieuse. L'accouchement forcé, soutenu jusqu'à la fin du XVIII^e siècle par le grand nombre, repris par Baudelocque, Gardien, la rupture des membranes indiquée par Puzos en 1759, appliquée méthodiquement par Pinard en 1886, pour nous en tenir aux méthodes les plus connues et les plus souvent pratiquées jadis, ont eu leurs partisans, comme le tamponnement vaginal de Leroux, comme la méthode de Braxton Hicks ont actuellement les leurs. En regard de cette divergence de manière de faire, nous nous arrêterons sur l'unité du traitement *post partum*, sur lequel nous allons nous étendre ; si le placenta plævia avec hémorrhagies graves au moment du travail est susceptible de plusieurs traitements, *post partum* il ne relève que du tamponnement utérin ; si avant l'accouchement il y a avantage

et même obligation à retarder l'intervention (la méthode de Leroux comme celle de Pinard provoque l'accouchement, celle de Braxton Hicks expose aux déchirures du col), *post partum* il y a avantage à intervenir de suite. Ultérieurement nous confirmerons ces données.

CHAPITRE III

Observations.

Dix-sept observations inédites viennent à l'appui de notre travail. Douze sont consignées dans ce chapitre; les cinq autres se trouvent à la fin de notre deuxième partie ce sont des exemples de tamponnement utérin.

Un tableau permet de les comparer : on le trouvera plus loin. Tous nos faits sont transcrits complètement : nous pensons qu'ils parlent suffisamment par eux-mêmes pour rendre inutiles de longs commentaires.

OBSERVATION I.

*Placenta prævia; Accouchement prématuré spontané ;
Enfant en vie.*

Mélanie P....., ourdisseuse, âgée de 28 ans, entrée à la Maternité, le 14 octobre 1887, accouchée le 3 novembre et sortie le 12 du même mois.

Elle est réglée depuis l'âge de 14 ans. Ses menstrues régulières ont une durée moyenne de 6 jours.

Accouchement prématuré antérieur (au septième mois). La malade reprit ses occupations dès le cinquième jour ; depuis cette époque, c'est-à-dire depuis cinq ans, la malade a une douleur dans la fosse iliaque droite, douleur très vive au moment des règles, au moment d'un travail ou après une course pénible.

Les dernières règles datent de fin mars. Aucun accident au cours de cette grossesse, sauf une intensité plus grande dans la douleur qui siège toujours dans la fosse iliaque droite.

A son entrée, le 14 octobre, la malade éprouve quelques douleurs, et dit perdre légèrement depuis quelques heures. Elle aurait fait les eaux le jour même. A l'examen, on note un utérus petit, ovoïde, incliné à droite et dépassant de deux travers de doigt les pubis. Le col est mou, mesure encore un centimètre ; il est fermé. Les bruits du cœur se perçoivent à droite, près de l'ombilic.

Le traitement institué à ce moment (lavement laudanisé, injection sous cutanée de morphine, repos absolu) est fidèlement suivi vingt jours durant, temps pendant lequel les douleurs persistèrent ainsi qu'une hémorrhagie légère surtout nocturne,

A la date du 3 novembre, les douleurs se déclarèrent plus vives. Les soins antiseptiques préalablement pris, le toucher donne un col dilaté à 1 franc. La tête presse fortement sur le segment, et à travers l'orifice s'engage une volumineuse bosse sanguine. Moins d'une heure après, le col est à 5 francs, la tête s'engage, et tout se termine heureusement. Avant l'expulsion de la totalité du délivre, viennent à la suite de l'injection des lambeaux de placenta attestant sa division. L'enfant vit.

On avait eu une présentation du sommet en O I D P, et la durée du travail effectif n'avait pas dépassé cinq heures. Le placenta violacé sur sa face maternelle, qui est couverte de caillots, pèse 300 grammes. Le cordon est long et grêle. Les membranes très friables se sont rompues sur le bord placentaire.

Du deuxième au huitième jour, la température a varié entre 37,8 et 38,5.

Au sixième jour, les lochies deviennent noirâtres, odorantes; elles motivent un lavage intra-utérin : le liquide revient trouble et ramène de petits débris.

La douleur dans la fosse iliaque cède devant l'application de vésicatoires.

Absence constante d'albumine. Cathétérisme vésical neuf jours durant.

Simple traitement médical. Il en est de même dans les premières observations suivantes.

Col se dilatant régulièrement, malgré l'absence de poche des eaux. Accouchement se terminant spontanément, malgré usage de laudanum, fétidité temporaire des lochies au sixième jour des couches, sont autant de faits qui doivent être mis en vedette dans cette observation.

La cause de cette légère périmétrite est peut-être dans le travail hâtif auquel cette malade s'est livrée après son premier accouchement.

OBSERVATION II

Placenta prævia variété partielle; Deux circulaires très serrés autour du cou; Section du cordon avant le passage des épaules.

Jeanne Marie P... née à Dardilly (Ain), âgée de 34 ans, cultivatrice. Entrée à la Maternité le 20 novembre 1888, accouchée le 30 courant, sortie le 13 décembre.

Réglée à 13 ans, menstrues régulières, abondantes, durant 3 jours, indolores.

Sept grossesses antérieures. Toutes à terme, sans accidents. Suites de couches bien effectuées, sauf les dernières au cours desquelles la malade a eu une pleurésie. Sur 7 enfants, 6 sont en bonne santé, le 7^e étant mort à l'âge de 9 mois de diarrhée infantile.

Les dernières règles datent du 26 février. La malade est à terme. Au cours de cette grossesse, vomissements pendant les deux premiers mois, la malade en a eu au début de toutes ses couches. Au septième mois, bronchite.

Huit jours avant son entrée, première hémorrhagie, se répétant les jours suivants, survenant toujours la nuit. Le premier examen, fait à la date du 20 novembre, outre des vergetures abdominales très accusées attestant les accouchements antérieurs, et de volumineuses varices sur les membres inférieurs, révèle un utérus ovoïde, incliné à droite, un col épars, non dilaté, et donne nettement les bruits du cœur fœtal.

Le 28 novembre, nouvel examen : varices volumineuses des grandes lèvres, col dilaté à 2 fr. Le diagnostic OIGA est fait.

Le 30, à 5 heures du soir, rupture de la poche des eaux, celles-ci sont claires, abondantes. La dilatation du col se trouve complète au moment de l'écoulement des eaux. A 6 heures, l'accouchement a lieu après un travail d'une durée de 46 heures. Double circulaire autour du cou et section du cordon anticipée.

Délivrance 10 minutes après, traction sur le cordon.

L'enfant à terme est vivant, bien portant, pas de bosse sanguine, chevauchement des pariétaux sur les frontaux et l'occiput, il pèse 3 kil. 800 gr.

L'arrière-faix est complet, il mesure 24/26, la circonférence placentaire est de 76 centimètres, le poids du placenta est de 580 grammes.

Les membranes sont résistantes ; elles sont rompues sur le bord. Le cordon est inséré à 3 centimètres du bord ; sa longueur est de 48 centimètres.

Involution douloureuse de l'utérus les premiers jours, terminée le neuvième jour. Lochies séro-sanguines jusqu'à cette date.

OBSERVATION III

*Placenta prævia ; O I D P ; Circulaire autour du cou ;
Hémorrhagie ante partum.*

Marie D..., repasseuse, âgée de 19 ans, entrée à la Maternité le 19 mars 1889, accouchée le 20, sortie le 31 courant.

Réglée à 15 ans, menstrues régulières, peu abondantes, d'une durée de 3 à 4 jours.

Une grossesse antérieure à terme, sans accidents. Enfant vivant, bien portant.

Les dernières règles datent de mi-juillet 1891.

Bonne santé, aucun accident pendant tout le cours de cette grossesse. Le 14 mars, à 6 heures du soir, hémorrhagie survenue brusquement, sans cause appréciable. Les jours suivants, la perte quoique continue se ralentit. Toutefois la malade dit avoir surtout perdu pendant les journées du 14, du 17 et du 19 mars, jour où la malade se décide à entrer à l'hôpital. Toutes ces hémorrhagies avaient eu lieu sans la moindre douleur.

A son entrée, on diagnostique une grossesse de 8 mois. La paroi abdominale semble présenter une dépression qui, avec le volume du ventre, fait supposer une grossesse gémellaire. Les bruits du cœur se perçoivent nettement. Le fond de l'utérus est à l'épigastre.

La dilatation du col est à 1 franc, celui-ci est épais, dilatable. Le toucher montre en outre que l'orifice externe est en partie obstrué par le placenta qui est inséré sur le segment latéral gauche du col. On a peine à reconnaître la présentation par suite du placenta prævia et de l'élévation de la partie fœtale.

Au moment de ce premier examen (deux heures du soir), l'hémorrhagie a cessé, les douleurs sont nulles, toutefois la main placée sur l'abdomen sent que l'utérus se contracte fortement. Lavement de XX gouttes de laudanum.

A 6 heures, nouveau toucher. L'enfant est en O I D P, c'est une grossesse simple. Nouveau lavement de laudanum, la dilatation n'étant pas encore à 3 francs.

Le 20 mars, à 9 heures du matin, écoulement des eaux qui sont bourbeuses et abondantes. Les douleurs de faibles qu'elles étaient la nuit, deviennent fortes et régulières. Au toucher, on constate que la dilatation est complète, et la tête dans l'excavation. L'accouchement ne tarde pas à se faire spontanément, suivi bientôt de l'expulsion de l'arrière-faix qui amène de nombreux caillots.

Légère hémorrhagie après la délivrance. Injection intra-utérine.

L'enfant paraît à terme; il est vivant, offre toutefois des plaques de pemphigus sur le membre inférieur droit. Pas de bosse sanguine.

Le placenta est ovalaire; il mesure 22/19, sa circonférence est de 60 centimètres; son poids de 680 grammes. Les membranes peu résistantes offrent un aspect verdâtre; elles sont rompues sur le bord. Insertion vélamenteuse du cordon, ayant lieu à 2 centimètres du placenta.

Convalescence sans accidents. Cathétérisme vésical deux jours seulement. Disparition des lochies le huitième jour après les couches. Involution normale de l'utérus, inappréciable au départ de la malade.

L'observation II est un exemple frappant de la prédisposition que crée la répétition des grossesses pour l'insertion vicieuse du placenta. A remarquer la section du cordon avant le passage des épaules, et la terminaison de l'accouchement par la naissance d'un enfant vivant, malgré un double circulaire et cette section hâtive; la spontanéité de l'accouchement en dépit d'un travail de quarante-six heures.

L'observation III est un nouvel exemple de présentation du sommet. Hémorrhagie légère et cependant la continuité des membranes n'est pas interrompue. Grossesse possible jusqu'au huitième mois avec un enfant ayant du pemphigus. Insertion vélamenteuse du cordon sur un placenta prævia. Contractions utérines perceptibles à la main, mais inefficaces, indolores,

heureusement suspendues par le laudanum. Ce cas n'est donc pas sans intérêt.

OBSERVATION IV

Placenta prævia, insertion marginale; Présentation de l'épaule A I G A, plan postérieur en avant, tête à droite, épaule gauche; Version sur le genou gauche; Hémorrhagie ante partum.

Elisabeth D....., âgée de 37 ans, lingère, entrée le 2 juillet 1890, accouchée le même jour, sortie le 12 juillet.

Réglée à 9 ans, menstrues régulières, indolores, peu abondantes, ne durent guère qu'un jour.

Six avortements ou accouchements prématurés antérieurs, premier accouchement prématuré à 7 mois; enfant actuellement en vie et en bonne santé; deuxième, troisième, quatrième et cinquième avortements de 6 mois 1/2, causes ignorées; sixième accouchement à 7 mois, enfant mort 3 jours après.

Les dernières règles datent du 1^{er} décembre. Vomissements tout le cours de la grossesse.

La malade arrive le 2 juillet à 5 heures du soir. Elle dit avoir perdu beaucoup, sans cause appréciable. Un docteur de la ville l'a vue, celui-ci aurait même fait cinq tentatives infructueuses de version avant d'ordonner son transport à la Charité ?

L'examen à l'entrée de la malade montre le fond de l'utérus dépassant de trois travers de doigt l'ombilic; l'utérus peu volumineux ne présente pas d'inclinaison. A l'auscultation, on ne perçoit pas les bruits du cœur du fœtus. Le tou-

cher montre le col presque complètement dilaté, il est dilatable. M. le Chef de service constate une insertion antérieure et marginale du placenta. Les eaux ont été faites avant l'arrivée de la malade. C'est une présentation de l'épaule gauche, plan postérieur en avant. La malade est surexcitée, les douleurs sont fortes, la version est décidée, et faite de suite. On amène le pied gauche le premier, l'évolution se fait assez rapidement. Délivrance artificielle de suite après l'accouchement. Pas d'hémorrhagie. Injection intra-utérine. C'est 6 heures $\frac{1}{4}$. L'enfant mort-né présente sur l'épaule gauche une bosse sanguine qui empiète sur l'avant-bras.

L'arrière-faix paraît complet. Le placenta circulaire mesure 10/12 ; sa circonférence est de 36 centimètres ; son poids de 410 grammes. Les membranes résistantes sont rompues sur le bord.

Le cordon est gros, gélatineux, à insertion centrale.

Convalescence bonne et rapide. Miction spontanée dès le premier jour. Lochies séro-sanguines le deuxième jour, séreuses le sixième, disparues le dixième jour. Involution normale et indolore de l'utérus.

Observation IV. De nombreux avortements ou accouchements prématurés antérieurs doivent toujours attirer l'attention lors de nouvelle grossesse. Prévoir le danger, c'est souvent se mettre en état de le parer.

La version était motivée par une présentation vicieuse, par un col dilaté complètement, en tout cas bien dilatable, et enfin par l'écoulement des eaux qui enlevait tout espoir de voir la présentation se transformer spontanément.

M. le docteur Vincent est partisan de la délivrance immédiate, lors de version ou autre intervention. Nous la verrons souvent pratiquer ainsi dans les observations suivantes.

Les injections intra utérines sont faites à la Maternité avec une solution faible de sublimé suivie d'un lavage avec solution phéniquée. Cette dernière n'est pas employée à la clinique d'accouchements où M. le professeur Fochier ne se sert que de sublimé à 1/6.000

OBSERVATION V

Grossesse gémellaire; Hémorrhagie avant, pendant, après l'accouchement; Forceps Simpson; Deux placentas à insertion marginale; Mort de la mère.

A..., âgée de 33 ans, domestique, entrée le 8 juin 1890, accouchée le 12 du même mois, morte deux heures après l'accouchement.

Jouissant d'une bonne santé, cette femme est enceinte pour la première fois. A son entrée, la grossesse remonte à six mois trois semaines. L'utérus volumineux remonte à cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic. A l'auscultation, on ne trouve qu'un seul maximum pour les bruits du cœur. Les résultats fournis par le toucher, la date de l'écoulement des eaux n'ont pas été consignés dans l'observation, qui souligne simplement la persistance et l'intensité de l'hémorrhagie.

Le premier enfant se présentant par le sommet, on applique un forceps qui permet de terminer hâtivement l'accouchement. Seconde application pour le deuxième enfant qui offre

la même présentation. L'un et l'autre viennent en état de mort apparente, le premier succombe quelques minutes après sa naissance, le deuxième une heure après.

Avant d'intervenir, on avait enlevé le tamponnement vaginal placé pour dilater le col. L'hémorrhagie qui n'avait pas cessé durant le travail persiste après, et la femme meurt deux heures après ses couches.

Deux placentas à insertion marginale expulsés quinze minutes après.

OBSERVATION VI

Placenta prævia; Variété partielle; Multipare; Accouchement au septième mois, spontané, deux heures après le tamponnement vaginal.

Jeanne B..., âgée de 38 ans, repasseuse.

Entrée le 6 juin 1888, accouchée le même jour, sortie le 14 courant.

Réglée depuis l'âge de 13 ans, menstrues indolores, régulières, assez abondantes.

Trois couches antérieures, sans accidents, avec présentation du sommet, et à terme.

Erysipèle à 27 ans. Taille petite, a marché à l'âge de quatorze mois.

Dernières règles datent de fin novembre. La grossesse est donc à sept mois. Oppression pendant les six premiers mois; réseau veineux sous-cutané très développé au niveau du thorax.

Au commencement du septième mois, hémorrhagie assez abondante; dure un jour, la malade ne sait quelle en est la

Vivien.

cause. Huit jours après, nouvelle hémorrhagie : a les mêmes caractères, dure deux jours. Trois jours après, l'écoulement sanguin réapparaît. La malade vient à la Charité.

Le 6 juin, à son arrivée, la malade est très faible : aurait beaucoup perdu. Le vagin est rempli de caillots qui s'expulsent au toucher. Le placenta s'avance de 3 centimètres environ sur l'orifice externe dilaté comme 1 franc, et l'on sent le siège en SIG A. Les bruits du cœur sont faiblement entendus près de l'ombilic. Le fond de l'utérus remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. On est en présence d'un placenta prævia variété partielle, et d'une présentation du siège en SIG A (siège complet). L'hémorrhagie persiste. Tampon vaginal en queue de cerf-volant ; les premiers bourdonnets préalablement trempés dans une solution phéniquée à 20,1000 et enduits de vaseline boriquée, sont introduits dans les culs de sac vaginaux.

Une heure après, les contractions qui étaient faibles prennent une certaine acuité. Trente minutes se passent, les contractions poussent le tampon. Ce dernier, retiré, est suivi d'une certaine quantité de caillots, et bientôt on voit apparaître le placenta couvrant une partie du siège qui se dégage en même temps.

L'expulsion du placenta et du fœtus se terminent simultanément. Injection intra-utérine.

Pas d'hémorrhagie consécutive.

L'enfant ne donne pas signe de vie, a dû expirer pendant le travail, pèse 1200 grammes.

L'arrière-faix est complet. Placenta : 18 10, circonférence 34 centimètres ; il est ovalaire. Les membranes sont friables.

OBSERVATION VII

Placenta prævia ; Hémorrhagie ; Forceps anglais.

Marguerite A..., âgée de 30 ans, entrée le 28 août 1888, accouchée le jour même, sortie le 12 décembre.

Réglée à 16 ans. Menstrues douloureuses, très abondantes, durent huit à quinze jours.

Quatre grossesses antérieures. Accouchements à terme, trois présentations du sommet, une présentation du siège. Pas d'accidents. Toutefois, état général faible depuis l'âge de 24 ans.

Les dernières règles datent du 15 décembre. Etat général assez bon jusqu'au huitième mois. Pendant la dernière quinzaine, hémorrhagies multiples. Œdème et varices des membres inférieurs. Pas d'albumine.

Le 28 août, sans cause appréciable, hémorrhagie grave. Tamponnement vaginal placé en ville. La malade est transportée à la Charité.

Soins antiseptiques. Le tampon enlevé, une certaine quantité de sang mêlé de caillots s'échappe. Au toucher, on constate que la dilatation est comme 1 fr., on perçoit une petite portion du placenta sur la partie latérale droite du col, les bruits du cœur s'entendent au niveau de l'ombilic, un peu à gauche.

A 11 heures, nouveau tamponnement. Premières douleurs.

3 heures. Suintement de sang à travers le tampon qui, retiré, laisse passer une certaine quantité de sang mêlé de caillots. La dilatation est toujours à 1 franc, on introduit le pessaire Gariel, les douleurs se calment.

4 heures. Dilatation à 5 francs. Ablation du pessaire. Ecoulement des eaux. Nouvelle hémorrhagie plus abondante que les précédentes. La malade, pâle, est faible ; elle accuse des troubles visuels, les bruits du cœur de l'enfant faiblissent. Application du forceps anglais. Les branches introduites, la tête est amenée à la vulve ; l'enfant présente deux circulaires autour du cou, on sectionne rapidement le cordon et l'accouchement se termine spontanément. L'enfant est pâle, pèse 2 kil. 800 ; il est vite ranimé.

La délivrance se fait par pressions et tractions quinze minutes après. Hémorrhagie. Injection sous-cutanée d'ergotine. Respiration gênée pendant quarante-huit heures. Etat général faible pendant une semaine. Lochies séro-sanguines une dizaine de jours. Fluxion laiteuse passagère le troisième jour. En somme, bonne convalescence ; malade remise au bout d'une quinzaine.

Le placenta ovalaire mesure 18/21, pèse 680 grammes, sa face maternelle est décolorée. Les membranes friables sont rompues sur le bord.

Cordon grêle, inséré à 3 centimètres du bord placentaire.

Observation V. — Incomplète, mais intéressante. C'est un cas de grossesse double avec deux placentas vicieux.

Le diagnostic n'avait pas été porté : l'auscultation pour donner des résultats doit être faite entre deux contractions.

Application de forceps en rapport avec la présentation (sommet).

Accouchement du deuxième fœtus déterminé de suite après l'accouchement du premier.

Observation VI. — Exemple de tamponnement vaginal opposé à l'hémorrhagie qui épuise la mère, à la lenteur du travail qui menace la vie de l'enfant.

En quarante-cinq minutes, la dilatation du col est obtenue et des douleurs efficaces s'établissent. La méthode de Leroux met la mère hors de danger; la naissance d'un enfant mort-né n'est pas la condamnation d'un procédé qui, dans bien des cas, le suivant par exemple, sauve la mère et l'enfant.

Observation VII. — Ce cas a son enseignement : être très tenace et très confiant dans la méthode du tamponnement, ne pas craindre d'en faire des applications multiples; ne pas attendre plus d'un quart d'heure, si la délivrance ne se produit pas spontanément; ne pas rejeter systématiquement l'ergot dont la clinique confirme chaque jour les bons résultats.

OBSERVATION VIII

Placenta prævia centre pour centre; Siège en SIG A; Extraction manuelle du siège; Débridement du col.; Phlegmatia alba dolens au dix-huitième jour des couches.

Jeanne L..., âgée de 19 ans, ferblantière, entrée à la Maternité le 26 novembre 1888, accouchée le jour même, sortie le 25 février 1889.

Règles venues à 13 ans, douloureuses, irrégulières, peu abondantes, d'une durée de trois jours.

Primipare. Les dernières règles datant du 20 juin, la grossesse serait de cinq mois. Pendant les trois premiers mois,

vomissements bilieux et œdème des membres inférieurs. Pas d'albumine.

A son entrée, le 26 dans l'après-midi, la malade dit perdre depuis deux heures. A un premier examen, on constate un utérus peu volumineux. Les bruits du cœur ont leur maximum au niveau de l'ombilic. La tête est sentie dans le flanc droit. Le col mince, résistant, permet l'introduction de l'index. On sent nettement le placenta ; l'hémorrhagie est légère, il y a des contractions. On donne un lavement avec vingt gouttes de laudanum.

Quatre heures après son entrée, vers 7 heures du soir, l'hémorrhagie devient plus intense, les douleurs s'accroissent. L'enfant est en S I G A. On applique un tamponnement vaginal.

9 heures du soir. Le sang suinte à travers le tampon. Celui-ci retiré, il s'écoule une certaine quantité de sang mélangé de caillots. La dilatation n'est qu'à 1 franc. Nouveau tamponnement.

Les battements du cœur faiblissent bientôt, et comme les douleurs sont bien établies, on intervient. Le tampon enlevé, la malade étant anesthésiée, on débride le col avec l'hystérotome ; 3 incisions d'un centimètre sont faites sur le côté gauche. Avec la main droite, le pied gauche est saisi, le tronc est dégagé rapidement, et la tête est extraite par trois vigoureuses tractions. L'enfant en état de mort imminente n'a pu être ranimé ; son poids est de 1 kil. 300 gr. La délivrance a lieu spontanément, de suite après l'accouchement. Le placenta déchiqueté dans la partie qui était en rapport avec le col présente un bord mince, il pèse 230 grammes. Le cordon est grêle ; il mesure 45 centimètres. Après l'accouchement, et cela durant une semaine, le pouls reste à 100 et la température à 38. Selles et miction spontanée à cette date-là seulement.

Involution indolore de l'utérus, difficile à suivre par le fait de la tension de la paroi abdominale. Œdème des petites lèvres surtout à gauche, du quatrième au douzième jour. Le 8 décembre, la malade se plaint d'une vive douleur dans le pli de l'aîne gauche, le creux poplité, l'articulation du pied. Le surlendemain, toute la jambe est douloureuse. Céphalalgie. Température 38,4.

A la date du 15, par le toucher, on sent le col à peu près fermé, présentant une encoche du côté droit. Douleur vive dans le membre inférieur gauche qui est augmenté de volume, cylindrique. L'œdème remonte un peu au-dessus de l'arcade crurale. Le toucher est douloureux, surtout au niveau des trajets veineux, qui donnent la sensation de cordons noueux. Enveloppement ouaté. Extrait thébaïque en potion. Jusqu'au 25 février, date de la sortie, la convalescence s'est accusée de jour en jour ; la malade est considérée alors comme guérie.

OBSERVATION IX

*Grossesse gémellaire ; Placenta prævia centre pour centre ;
Enfants morts.*

Louise F....., âgée de 28 ans, ménagère, entrée à la Maternité, le 4 mars 1889, accouchée le même jour.

Réglée à l'âge de 12 ans, elle perd beaucoup au moment de ses menstrues qui sont douloureuses, irrégulières, d'une durée de 8 à 10 jours.

Elle est enceinte pour la cinquième fois. Les accouchements antérieurs se sont bien passés, sauf le premier qui s'accompagna au moment du travail d'une hémorrhagie abondante,

et qui se termina par l'expulsion d'un enfant dont la vie ne fut que de quelques heures. Présentation du sommet dans les quatre premières couches.

Le 4 mars, à 10 heures du soir, elle est amenée à la Charité, après un trajet de cinq heures sur un char-à-banc. D'après les dernières règles (fin juin), la grossesse serait de 8 mois et quelques jours; elle se serait accompagnée de vomissements, et de douleurs assez vives dans le ventre. Pas d'œdème des jambes, pas d'albumine.

A la date du 10 janvier, la malade dit avoir eu une première hémorrhagie. Le 10 février, celle-ci assez abondante déjà la première fois, réapparaît. Un docteur est appelé : on ordonne le repos.

Le 3 mars, vers 4 heures du soir, commencent les douleurs qui s'accompagnent de nouvelles pertes sanguines. Le lendemain dans l'après-midi, visite du médecin qui place un tampon fait avec des bourdonnets de charpie, arrosés de perchlorure de fer et ordonne le transport à Lyon.

Dès son arrivée, la malade est placée sur le lit d'opération, on procède à une première toilette antiseptique et l'on retire le tampon qui vient avec de nombreux caillots et offre une odeur infecte. Les eaux sont faites depuis le matin.

Au toucher, on arrive sur un placenta centre pour centre, la tête qui est profondément descendue dans l'excavation en est entièrement coiffée. M. Vincent, de la main gauche, décolle les membranes pendant que la droite refoule la tête. Le pied gauche saisi, la version se termine sans difficultés.

Le second enfant se présente en S I G P. Les deux pieds saisis, l'extraction en est très rapide. Les deux jumeaux viennent morts; il n'est pas douteux que la mort du second soit due au décollement placentaire.

La délivrance a lieu de suite après l'accouchement. Quel-

ques débris des membranes adhèrent assez fortement. L'utérus à ce moment offre une grande facilité à l'inversion. Injection intra-utérine.

Les douleurs qui avaient été fortes faiblissent de suite après l'accouchement. La malade, fatiguée par un travail de 26 heures est très faible; pouls filiforme, 120. L'arrière-faix étalé est complet; il est large, offre deux loges, deux cordons.

Les membranes sont résistantes.

A la date du 6 mars, avec les lochies qui sont sanguines et fétides s'expulsent quelques lambeaux de membranes. La malade éprouve un frisson. Elle passe à l'infirmerie de la Maternité.

Le 22 mars, la température étant normale, la malade est autorisée à se lever. Dès le jour suivant, elle est courbaturée et se plaint de violentes douleurs dans la jambe gauche. Celle-ci est œdématiée, elle est douloureuse: au palper on sent nettement le cordon de la veine fémorale enflammée. Le diagnostic de phlébite est porté.

Le 26, la température qui était montée à 41, tombe à 37.9. La quinine avait été administrée dès le début. Les douleurs sont moins vives. Un vésicatoire est appliqué sur la partie supérieure de la cuisse.

Le 13 avril, la malade va aussi bien que possible.

L'observation VIII montre le danger pour l'enfant des présentations du siège, pour la mère des insertions placentaires centre pour centre.

Le débridement du col qui constitue un moyen de nécessité est une opération pleine de périls: dans ce cas, la phlegmatia *alba dolens* doit probablement lui être rattachée.

L'observation IX est un nouvel exemple de grossesse gémellaire avec insertion vicieuse. La gravité de tels cas est attestée ici par la naissance de deux mort-nés. A remarquer le long voyage (d'une durée de cinq heures) fait par la parturiente sur une voiture mal suspendue pour se rendre à l'hôpital : autre condition fâcheuse et entretenant l'hémorrhagie.

Le décollement placentaire est motivé par l'insertion centre pour centre que l'observation relate en termes précis.

Le phlébite *post partum* est la condamnation du perchlorure de fer qu'un médecin en ville avait placé sur le tampon vaginal.

La tendance à l'inversion utérine est assez fréquente lors de grossesse double : elle commande une extrême prudence dans la délivrance.

OBSERVATION X

Placenta prævia ; Centre pour centre ; Hémorrhagies pendant le dernier mois de la grossesse ; Version ; Enfant mort ; Mère morte 3 heures après l'accouchement.

Joséphine B..., âgée de 43 ans, secondipare. Premier accouchement il y a cinq ans ; application de forceps. Enfant en vie et en bonne santé.

Le 30 mai 1889, cette malade est amenée à la Maternité par une sage-femme qui a donné les renseignements suivants : Cette femme, actuellement à terme, aurait eu trois hémorrhagies dans le dernier mois de la grossesse, la dernière très grave,

s'étant déclarée le jour même, à 1 heure du matin. Un docteur mandé fait le tamponnement vaginal, et ordonne son transfert à l'hospice de la Charité.

A son entrée la malade, très pâle, est profondément anémiée. Mandé de suite, M. le docteur Vincent constate la dilatation du col à 5 frons, et décide la version. La présence d'un placenta prævia, centre pour centre, est reconnue. Afin d'aller à la recherche d'un pied, la main droite est introduite en favorisant le décollement du placenta; le pied droit saisi est amené à la vulve en passant entre la paroi de l'utérus et celle du placenta. Pour l'extraction de la tête. M. le chef de service déploie une force extrême.

L'enfant du sexe masculin est à terme, pèse 3 kil. 370 gr., ne donne aucun signe de vie. Après l'extraction de l'enfant une portion du placenta pend hors de la vulve, la délivrance se fait spontanément 10 minutes après l'accouchement sans hémorrhagie.

A ce moment la malade respire difficilement (étouffe).

On lui fait successivement 4 piqûres d'éther, 1 d'ergotine. Injection intra-utérine sublimée et phéniquée; poudre iodoformée; pansement antiseptique. La malade a toujours la tendance à la syncope. Prescriptions: vin de champagne, elixir de Garus, limonade gazeuse.

Une demi-heure après l'accouchement, la malade éprouve une suffocation semblable à celle qu'elle avait eue après la délivrance, les lèvres se cyanosent. On fait une cinquième injection d'éther.

4 heures soir. La suffocation se reproduit. Compression énergique des membres. Nouvelle injection d'éther.

4 heures 3/4. La malade s'agite de nouveau. Ne peut plus respirer.

La pupille extrêmement dilatée se dirige en haut et en arrière. Respiration artificielle. Frictions énergiques.

5 heures soir. Le cœur cesse de battre.

L'arrière-faix était complet. Le placenta de forme irrégulière est étalé. Les membranes épaisses sont rompues sur le bord. Le cordon mesure 60 centimètres.

D'après les pièces retirées de l'autopsie, utérus, vagin, etc., il ne s'est produit aucun accident pendant l'accouchement ; ces dernières sont intactes, mais présentent une anémie profonde due aux hémorrhagies produites chez la parturiente.

Le placenta avait été décollé sur toute l'étendue du col, son insertion était bien centre pour centre.

OBSERVATION XI

Insertion centrale partielle du placenta ; Avortement de cinq mois ; Hémorrhagie pendant tout le cours de la grossesse ; Mort de la mère et de l'enfant.

Claudine C....., âgée de 39 ans, tisseuse. Entrée à la Maternité le 8 décembre 1890, accouchée le 6 janvier 1891, morte le jour même.

Règles irrégulières, peu abondantes, d'une durée de 5 jours, a été réglée à 14 ans.

La malade a eu quatre grossesses antérieures. Le premier accouchement date de 1874 ; *post partum* la malade a eu une hémorrhagie qui s'est répétée un mois durant. Après cet accident, la malade a depuis conservé une grande faiblesse, des douleurs lombaires et abdominales, et de la céphalalgie.

En 1876, suppression des règles pendant 16 semaines, suppression suivie d'une nouvelle hémorrhagie qui a duré 15 jours, et que la femme attribue à une fausse couche.

En 1879, deuxième accouchement. La grossesse était à terme. Les suites de couches ont été bonnes.

En 1883, troisième accouchement. Enfant à terme. Pas d'accidents.

En 1887, avortement de 5 mois, terminé par l'expulsion de l'œuf en bloc. L'enfant venu vivant vécut 30 minutes.

La perte qui avait débuté au troisième mois de cette dernière grossesse a continué après l'avortement, et a nécessité le transport de la malade à l'Hôtel-Dieu, service du docteur D. Mollière, où elle séjourne un mois. Nouvelle hémorrhagie 15 jours après sa sortie, motivant un nouveau séjour de 3 mois à l'hôpital.

Les dernières règles datent du 5 juillet 1891, époque du début de la grossesse qui amène la malade à la Charité. A cette date, apparition de vomissements bilieux et alimentaires qui n'ont pas cessé, au point qu'un mois après la conception, la malade, dans un état de faiblesse extrême, s'est alitée pendant trente jours. Céphalalgies intenses.

Dès le troisième mois, apparition d'une perte sanguine assez abondante : le Docteur mandé, ordonne son transfert à la Charité.

A son arrivée, le 10 décembre 1890, on procède à un premier examen : le ventre est peu développé, quelques vergetures antérieures, l'utérus incliné à droite dépasse un peu l'ombilic, le col est très dur, il n'y a pas de commencement de travail ; à l'auscultation on ne perçoit aucun bruit cardiaque. On formule un lavement avec quinze gouttes de laudanum.

Du 10 au 20 décembre, la perte sanguine se continue journellement, est peu abondante. Deux lavements laudanisés sont administrés chaque jour.

Dans la nuit du 17 au 18, violentes douleurs lombaires et

abdominales; bientôt suivies, à 3 heures du matin, d'une forte hémorrhagie pouvant être évaluée à 1,000 grammes. Elle est arrêtée par des injections chaudes.

Le 18, la malade est agitée, prescription de deux lavements laudanisés.

Le 19, réapparition des douleurs, précédées et suivies d'une hémorrhagie aussi considérable que la précédente.

M. Bonnaud, interne du service, pratique le toucher, trouve un col non effacé, mais ramolli et entr'ouvert.

Tamponnement vaginal, fait avec quatre bandes de gaze iodoformée. Injections de morphine pour calmer les douleurs.

Le 21, la malade est plus calme; apparition ce jour-là d'une expectoration sanguinolente; épistaxis abondant.

Le 22, réapparition de vomissements intenses.

Le 23, la malade est en proie à une vive agitation. La température n'accuse que 37°8. L'auscultation donne les bruits cardiaques sur la ligne médiane, à trois travers de doigt au-dessus du pubis; ils sont faibles et précipités.

Le 24, étant données les douleurs et l'agitation de la malade, ablation du tampon placé depuis trois jours, pour s'assurer de l'état du col. La gaze à peine maculée de sang, présente une odeur très fétide. Le col n'est pas encore effacé.

Nouveau tamponnement fait comme le premier.

Le 25, grande faiblesse.

Le 26, nouvelle hémorrhagie, assez forte pour se faire jour à travers les tampons. Ceux-ci enlevés, la malade est transportée à la salle des douleurs où on lui applique un troisième tamponnement très serré, et fait avec six bandes de gaz iodoformé.

Le 27, grande agitation; pas d'hémorrhagie, mais perte aqueuse très abondante. Le cathétérisme vésical fait, la perte continue: on n'avait donc pas affaire à une incontinence d'urine. Expectoration toujours sanglante.

Le 28, réapparition des douleurs, suivies, comme toujours, d'hémorrhagies. Le tampon placé le 26, est enlevé; le toucher donne un col toujours dur, ne semblant pas vouloir s'effacer; aucune dilatation. Quatrième tamponnement avec quatre bandes de gaze iodoformée.

Le 29, état de faiblesse très accusé. Amaigrissement manifeste de la malade depuis son entrée.

Le 30, nouvelle hémorrhagie, nouveau tamponnement, persistance de la perte aqueuse malgré le cathétérisme.

Le 31, grande faiblesse, température toujours normale.

Le 1^{er} janvier 1891, l'hémorrhagie persiste toujours. Au lieu d'un sang rouge, liquide, on a des caillots noirâtres, fibrineux qui s'échappent en quantité. Dyspnée.

Le 2 janvier. La dyspnée augmente, la perte aqueuse continue, faiblesse excessive.

Le 3. Hémorrhagie très intense. Nouveau tamponnement.

Dans la nuit du 3 au 4, la malade très agitée est en proie à une insomnie tenace; les bruits du cœur du fœtus ne se perçoivent plus.

Le 5. Faiblesse excessive. Dyspnée. La malade accuse une lourdeur dans le ventre qui semble s'être affaissé.

Le 6, l'hémorrhagie persiste. On enlève le dernier tamponnement qui ramène une quantité considérable de caillots noirâtres.

Le col est effacé, la dilatation à 50 centimètres. Nouveau tamponnement très serré, mais insuffisant pour arrêter l'hémorrhagie.

M. le chef de service, se décide à intervenir de suite. La dilatation étant insuffisante, il la fait manuellement. Avec la main droite, introduite dans l'utérus, il saisit le pied gauche du fœtus, l'amène à la vulve, et la version terminée, pratique l'accouchement.

Délivrance artificielle de suite après. Le poulx est insensible.

Pendant la délivrance, compression de l'aorte.

Le fœtus est mort ; il pèse 810 grammes, et présente sur certaines parties du corps, surtout à droite, des plaques bleuâtres avec un cercle rouge sanguinolent.

Le placenta est blanchâtre, anémié, en partie dégénéré.

La malade est placée sur un lit la tête très basse ; on lui fait prendre par la voie sous-cutanée 3 centimètres cubes d'éther, et 2 centimètres cubes de la solution d'ergotinine Tanret. On fait la ligature des jambes, tenues très élevées ; et on prescrit 1 gramme d'ergot de seigle, potion de Todd, etc. Pendant deux heures, la malade repose un peu ; à ce moment grande agitation, perte complète de connaissance qui motive quatre injections d'éther. La malade ne tarde pas à expirer.

Autopsie. — L'utérus est à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Sur sa paroi interne, on trouve les vestiges de l'insertion placentaire qui se faisait sur toute la paroi postérieure, les deux angles, et qui empiétait un peu à droite et sur le fond de l'utérus. En bas, l'insertion dépassait la limite supérieure du segment inférieur, sur une longueur de 1 centimètre à 1 cent 1/2.

Le placenta n'était donc pas seulement marginal, c'était un placenta à insertion centrale, partielle. Corps jaune, en évolution (dans l'ovaire gauche).

L'observation X relate le fait d'une parturiente succombant *post partum* du fait des hémorrhagies antérieures liées à l'insertion vicieuse et ne lui permettant plus de supporter l'effort de l'accouchement.

Le poids considérable de l'enfant est en rapport avec la grande force que nécessite la version. Cette intervention était triplement indiquée par la persistance des pertes, par la dilatation complète du col et par l'insertion centrale du placenta. Notons que nous avons conservé à chaque observation le diagnostic fait cliniquement : les données relatives au placenta et à sa surface d'insertion sur l'utérus sont fidèlement transcrites lors de vérification anatomique. Il est facile de vérifier si les deux examens s'accordent ou se contredisent.

Avec le cas suivant (Obs. XI), la répétition d'accidents graves chez la même femme est de toute évidence. C'est une multipare ayant à son passif plusieurs avortements et même deux exemples d'inertie *post partum*. Des vomissements opiniâtres, des pertes abondantes et répétées, l'écoulement des eaux avant la dilatation complète du col expliquent la mort de cette parturiente, malgré l'application successive de plusieurs tamponnements vaginaux. En regard d'une telle observation, nous nous plaisons à mettre en vedette les cinq faits relatés à la fin de ce travail où l'application systématique du tamponnement utérin a été suivie de cinq guérisons.

OBSERVATION XII

*Placenta prævia; Insertion marginale; Hémorrhagie
dès le septième mois; Enfant vivant.*

Catherine C..., âgée de 30 ans, ménagère. Entrée à la Charité le 21 mars, accouchée le 22, sortie le 4 avril 1891.

Réglée à 14 ans, elle a des menstrues régulières, indolores, peu abondantes, d'une durée de 4 à 5 jours.

Trois couches antérieures, la première terminée à 8 mois par un accouchement prématuré; enfant mort à 17 jours. La deuxième a été un avortement au troisième mois. La troisième grossesse s'est faite à terme; enfant en vie et en bonne santé.

Les dernières règles datent du 18 juin de l'année précédente. A son entrée, la malade dit perdre d'une façon intermittente depuis le septième mois de sa grossesse; l'hémorrhagie persiste et motive l'application d'un tamponnement vaginal. Le lendemain de son arrivée, les tampons sont expulsés: le toucher montre la dilatation complète du col qui était simplement dilatable la veille. C'est la région céphalique qui se présente, c'est une O I D P. Les eaux étaient écoulées avant l'arrivée de la malade. Une heure après la dilatation complète, l'accouchement a lieu sans que la malade ait ressenti des douleurs abdominales et se soit plainte de maux de reins.

La durée totale du travail a été de 11 heures, les douleurs ne s'étant déclarées qu'avec les tampons.

Expulsion du délivre cinq minutes après l'enfant, sans hémorrhagie.

L'enfant faible est ranimé par des bains et frictions à l'alcool camphré.

L'arrière-faix est complet. La partie placentaire qui était insérée au col présente une infiltration sanguine marquée et une certaine quantité de caillots adhérents. Le placenta circulaire mesure 20/21 ; sa circonférence est de 60 centimètres. Les membranes assez résistantes sont rompues sur le bord, au niveau du cotylédon inséré sur le col.

Le cordon est à insertion marginale ; il mesure 76 centimètres et offre 30 tours de spire.

Involution normale et indolore de l'utérus.

Léger nuage d'albumine pendant le travail.

Observation XII. — Le tamponnement vaginal qui, dans le fait précédent n'avait pas répondu aux avantages qu'on lui accorde en général, exerce ici l'influence la plus heureuse sur la marche de l'accouchement. Indiqué par l'apparition de pertes abondantes, il leur oppose une digue efficace, permet au travail de s'établir et en provoquant la dilatation du col mène à bien l'accouchement.

Remarquons la présentation fœtale (sommets) : grâce à elle, la rupture prématurée des eaux est sans fâcheuses conséquences. Dire que l'obstétrique enregistre chaque jour des faits de ce genre, n'est-ce pas répondre victorieusement à ceux qui prophétisent l'oubli de la méthode de Leroux.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Du tamponnement intra-utérin. Son emploi systématique lors de Placenta prævia.

- I. — Indications du tamponnement utérin : 1° En gynécologie ; 2° en obstétrique. Applications peu connues. Inertie post-mortum. Ce qu'est un cas grave. Placenta prævia. Diversité des causes qui actionnent l'inertie.
 - II. — Mécanisme des hémorrhagies de la délivrance. Contractions utérines dans la délivrance naturelle. Délivrance du placenta prævia. Mode d'action à la fois dynamique et mécanique du tamponnement utérin. Origines multiples des hémorrhagies post-partum.
 - III. — Étude critique des moyens opposés à l'inertie utérine. Agents physiques, chimiques et médicamenteux. Compression de l'aorte, auxiliaire indispensable du tamponnement. Appareils de Chassagny, de Diday. Leur procès. Ce qu'il y a lieu de penser du procédé dit du poing. Avantages et inconvénients du tamponnement utérin. Les objections qui lui sont faites sont-elles fondées ?
 - IV. — Histoire du tamponnement utérin. Son mode d'application. Traitement général concomitant de l'inertie.
-

I. — Il y a quelques années, l'inertie utérine était très effrayante : le fait dominant de son histoire était que, des nombreux moyens consignés dans les traités spéciaux, il n'y en avait aucun de sûr. Si la

gravité de cet état est restée la même, nous sommes loin d'être désarmés comme jadis : le tamponnement utérin est un moyen supérieur à tous ceux employés jusque-là, et s'il n'est pas infailible, il donne, de l'avis de tous ceux qui y ont recours, des résultats satisfaisants, sans jamais offrir le moindre danger.

C'est qu'à côté de l'hémostatique incontestable, il y a dans le tampon utérin, tel que nous le décrivons, un agent d'antiseptie indubitable. Ceci nous amène à passer en revue les avantages et par suite les indications multiples qu'on lui reconnaît, réservant pour la fin de ce chapitre les considérations déduites des faits cliniques relatés à la fin de ce travail.

Sur son rôle en gynécologie, nous serons brefs : d'ailleurs, il serait difficile d'envisager ce côté de la question sans s'exposer à des redites à propos des indications obstétricales du tamponnement utérin. Agent dilatateur de la cavité utérine, il a été employé pour rendre accessible cette région à une intervention thérapeutique. Vuillet, de Genève, le préconise, à l'instar des bougies de Hégar ; nous-même, à la clinique du professeur Laroyenne, en septembre 1891, avons dû y avoir recours à propos d'une métrite hémorrhagique ancienne, pour faciliter un curetage. Nous devons dire que, sauf ce cas, le jeu des bougies a toujours permis de conduire cette dernière opération en un seul temps. — Agent antiseptique, et par suite modificateur de surfaces enflammées ou dégénérées. qu'il soit ou non imprégné d'une

substance chimique, le tamponnement utérin trouve encore une indication dans les cancers du corps de la matrice. Bétrix (*Centralblatt F. G.*, 1889), avec raison, a montré qu'on avait là un excellent moyen de drainer la cavité utérine lors de rétention de liquides septiques. Ne sait-on pas, et l'observation quotidienne est là pour l'attester, les succès vraiment étonnants que donne dans les cancers du col une simple mèche de gaze iodoformée placée dans le vagin (disparition de l'odeur de l'écoulement) : c'est le même mode d'action, seul le siège du tamponnement change. Enfin, agent hémostatique après l'ablation d'une tumeur fibreuse, il agit là comme lors d'inertie utérine après l'accouchement. Ultérieurement, nous reviendrons sur ce mode d'action.

Les indications obstétricales du tamponnement utérin sont nombreuses : nous citerons pour les éliminer certains cas rares de dystocie, amendés dans leur gravité par son emploi, rupture utérine ou la présence d'un tampon poussé même à travers la déchirure et associé à la compression abdominale permet de conjurer l'hémorrhagie, opération césarienne que Dührssen a fait suivre du tamponnement utérin, qui constitue : un drainage pour les lochies, un pansement de la blessure faite pendant l'opération et un stimulant de la contraction utérine, et par suite un obstacle à l'atonie de l'organe et aux hémorrhagies que celle-ci entraîne.

Nous ferons mention simplement comme application exceptionnelle et originale de ce procédé de

traitement d'un mémoire, paru en 1888 dans la *Revue médicale* de la Suisse romande, au nom du docteur Chenevière, où sont relatés trois cas d'accouchements prématurés obtenus au moyen de tampons de gaze iodoformée, introduite non dans la cavité vaginale (ancien procédé de Leroux), mais bien dans la cavité même du col utérin.

Dührssen, dont le nom revient si fréquemment dans la littérature médicale de cette question, relate deux observations de septicémies, d'origine utérine, guéries par l'application de son procédé.

Le docteur Auvard, de Paris (*Gazette hebdomadaire*, 4 novembre 1887), voit là une indication formelle à l'application du tampon; toutefois, il admet le curage et le nettoyage préalable de la cavité génitale. Très grand est notre enthousiasme pour ce maître dont les travaux, universellement appréciés par la jeunesse médicale, sont marqués au coin de cette clarté toute française; qu'il nous soit permis de garder nos préférences pour la méthode appliquée systématiquement par l'école lyonnaise, et consignée par le docteur Vincent, dans le *Lyon-Médical*, 1888. Lors de lochies fétides, avec ou sans fièvre, le praticien a le choix entre les injections intra-utérines sublimées chaudes et le tamponnement utérin iodoformé. Personnellement nous n'avons appliqué ce dernier que dans des cas où hémorrhagies et septicémies coexistaient; les injections intra-utérines nous ont toujours réussi dans les cas analogues à ceux de Dührssen.

Notons que cet accoucheur fut également heureux avec le tamponnement.

Restent les cas très nombreux où le tamponnement trouve la même indication : l'hémorrhagie *post partum*. Ces dernières années, l'hémorrhagie *post partum* grave seule le motive : craignant de paraître un défenseur trop zélé du procédé de traitement que nous soutenons, et que nous n'avons aucunement prétention de substituer dans tous les cas aux moyens si simples tels que compression de l'aorte, injections chaudes, nous nous proposons de montrer les cas où le tamponnement a été appliqué, et consécutivement de nous expliquer sur ce qu'est à notre sens un cas grave en obstétrique.

Le docteur E. Blanc (*Province médicale*, 1889) fait l'historique très complet du tamponnement utérin à propos d'une observation qu'il relate ainsi : multipare ayant failli, après ses deux couches antérieures, succomber à d'abondantes hémorrhagies survenues vers le dixième jour au moment où se détachaient les caillots de la région placentaire. Application du tamponnement utérin à une troisième couche pour des accidents du même genre. Guérison rapide de la malade.

Les auteurs des traités classiques, le docteur Charpentier (édition, 1890), pour en tenir au plus complet, s'accordent à recommander le tamponnement utérin dans le traitement du placenta prævia compliqué. Ils l'exigent même rigoureusement dans ces cas de dystocie.

Les circonstances qui peuvent compliquer l'insertion vicieuse dépendent, soit de la mère, soit du fœtus. Grossesse gémellaire, hydrocéphalie, procidence du cordon, placentas succenturiés et *prævias*, fibromes et cancer de l'utérus sont les plus communs parmi ces accidents heureusement rares.

Ces quelques considérations montrent que nous avons raison, il y a un instant, de dire que le tamponnement était cliniquement réservé aux cas graves : tout en applaudissant à cette ligne de conduite, nous sommes plus large, quand il s'agit d'interpréter la gravité d'un cas, et si nous voulons que tout praticien de campagne, appelé pour un accouchement, songe à la possibilité d'un tamponnement et à se munir en conséquence, c'est que nous voyons chez toute femme atteinte de *placenta prævia*, même sans autre complication (celle-là suffit, il nous semble) exsangue en quelque sorte après les hémorrhagies des derniers mois, épuisée par celles qui accompagnent inévitablement le travail un état grave pouvant aboutir à une terminaison fatale par le simple écoulement de quelques gouttes de sang ; c'est que nous voyons ces cas d'inertie utérine où hier encore, de consciencieux praticiens restaient le poing des heures durant dans la cavité utérine et où souvent la lutte finissait, c'est le cas de dire faute de combattants ; c'est pour mettre fin à certaines idées qui, malheureusement, ont cours encore pour certains esprits ; nous en avons connu pendant la durée de nos études qui, alliant les mots d'inertie et de morta-

lité, déclinaient la responsabilité de tout accouchement alors que par les progrès de notre époque de telles doctrines n'appartiennent plus qu'à l'histoire.

Le placenta prævia est l'accident le plus grave, le plus redoutable qu'on puisse rencontrer pendant la grossesse et l'accouchement; il est juste et conforme à la clinique d'ajouter et pendant les suites de couches. Pendant la gestation, l'insertion vicieuse se traduit par des hémorrhagies répétées, nocturnes, sans douleurs et par la rupture prématurée des membranes d'où l'expulsion prématurée de l'œuf. Sans revenir sur ces notions importantes entre toutes, nous tenons à enregistrer que le danger, dès cette époque, existe pour la mère comme pour l'enfant. Si, pour ce dernier, la mortalité du fait des procidences du cordon plus fréquentes que normalement, et par suite des compressions qu'il subit, du fait de l'accouchement prématuré et même des présentations vicieuses, s'élève entre 50 et 75 0/0, la mère court des dangers non moins grands qui relèvent soit des craintes de septicémie (l'enfant mort, dès que la poche des eaux est rompue, devient une cause de putréfaction), soit des hémorrhagies qui peuvent tuer la parturiente avant le travail ou ne pas lui permettre de supporter ce dernier, ou ne lui donner, le cas est relaté bien des fois, qu'une survie de quelques heures. C'en est assez pour comprendre qu'une goutte peut faire déborder le vase, quand l'inertie se produit *post partum*. A propos du mécanisme de cette hémorrhagie, nous verrons cette inertie devenir presque la règle

lors d'insertion vicieuse, étant la simple conséquence de la structure des organes.

L'inertie utérine *post partum* relève de causes multiples : celles-ci peuvent se rencontrer lors d'insertion vicieuse, mais, étant donnée leur fréquence, elles s'observent souvent avec des placentas insérés normalement. Que l'inertie soit fatale et plus grave dans le premier cas, tous les accoucheurs s'entendent sur ce point, mais elle peut, dans certaines circonstances (éclampsie, épuisement des forces, surdistension de l'utérus par hydramnios, grossesse gémellaire, évacuation trop brusque du contenu de l'utérus (accouchement debout) (il s'ensuit que l'application du forceps y expose toujours), état de dépression du système nerveux : soit par chloroforme, chloral, opium : soit par milieu ambiant (grande chaleur, impression morale), acquérir la même gravité.

Nous aurons à revenir sur les moyens simples et connus de tout praticien qu'on oppose à ces causes d'inertie. Ici, nous nous contenterons de remarquer que certaines de ces causes étant fatales, il faut surtout parer à l'état qui y fait suite, et par suite provoquer la contraction utérine. Bien connaître le tamponnement utérin, c'est être à même de s'en servir contre un état qui, somme toute, existe passagèrement à chaque accouchement, après la sortie de l'enfant, et qui, de passager, peut devenir facilement permanent et transformer un accouchement normal, c'est-à-dire un acte physiologique en un cas de dys-

tocie très grave. Savoir cela et bien connaître les ressources du tamponnement utérin, donnent forcément à l'accoucheur une confiance légitime et avantageuse pour tous : parturiente, famille et médecin.

II. — Nous convenons que le tamponnement intra-utérin trouve son indication principale dans les hémorrhagies qui suivent la délivrance du placenta *prævia* ; néanmoins, tout en insistant surtout sur le mécanisme des hémorrhagies liées aux insertions vicieuses, nous croyons rappeler préalablement ce qui se passe au moment de la délivrance lors d'un accouchement normal. Il n'y a aucune difficulté à admettre que le placenta *prævia* est capable d'engendrer l'inertie du fond comme du segment inférieur de l'utérus.

Quand on assiste à un accouchement, on constate, après la naissance de l'enfant, que la contraction utérine demande un certain temps pour se constituer ; ce repos physiologique de l'utérus, qui précède le décollement placentaire, demande de 5 à 12 minutes. La main appliquée sur l'abdomen de l'accouchée permet de suivre aisément cette inertie passagère de l'organe. M. le professeur Fochier enseigne que la contraction utérine est plus lente à se produire lors de pertes sanguines précoces ; le sang, en s'accumulant dans la coupe formée par le placenta avec l'utérus, agit efficacement sur le retour de la contraction en faisant bomber le gâteau placentaire vers

le col. Pour cet accoucheur, il est donc bon que le placenta soit décollé avant les membranes.

La première douleur se traduit par une légère contraction de la face, un arrêt de la parole, et surtout à la main par un globe dur. A une deuxième douleur, l'utérus remonte : le placenta vient de franchir l'anneau de Band, car, la réascension de l'utérus est l'indice de l'expulsion du placenta au-delà de la partie contractile.

Fréquemment, le placenta arrive roulé en cornet d'oubli et présentant sa face maternelle la première. Normalement, l'utérus suinte à peine après l'expulsion du placenta.

Etant donnée la fréquence des hémorrhagies de la délivrance, cette question a fait le thème de nombreux travaux : la contraction utérine est le principal, mais non l'unique agent de l'arrêt de l'hémorrhagie.

On dit encore que la contraction utérine jette des ligatures vivantes autour des artères utérines. C'est la couche moyenne de l'utérus, c'est-à-dire les fibres hélicines qui s'enroulent autour des artères. Les grosses veines restent néanmoins béantes, elles ne peuvent s'effacer complètement ; toutefois, le sang en s'écoulant laisse des coagula, d'où formation d'un caillot qui, il est vrai, est lent à se constituer, mais qui constitue un mode d'arrêt mis également en jeu dans les cas normaux. C'est là un type dévié du mécanisme ordinaire. Son action se comprend facilement : c'est un corps oblitérant d'où partent des ramifications dans les différentes veines utérines.

Hâtons-nous d'ajouter que des caillots trop nombreux agissent défavorablement et vont à l'encontre de l'hémostase. Le caillot est dangereux, parce qu'il est compressible; s'il constitue à la rigueur un excitant de la contraction, il ne favorise pas la rétraction permanente. Tout corps qui ne joue pas le rôle de tampon favorise l'hémorrhagie.

Lors de placenta prævia, survient trop souvent avec la délivrance une hémorrhagie qui emporte la femme alors qu'on pouvait la croire sauvée. « Il semble, dit Bailly, que dans ces cas, le segment inférieur de la matrice sur lequel le placenta se trouve implanté et dont la contraction est naturellement moindre que celle du fond de l'organe, ne se contracte pas toujours au degré voulu pour oblitérer les vaisseaux utéro-placentaires et maîtriser complètement l'hémorrhagie. » Oui, la rétraction de l'organe ne donne pas une sécurité suffisante chez des malades déjà épuisés par les hémorrhagies de la grossesse et du travail, et l'anatomie est là pour confirmer notre assertion.

Sur le segment inférieur, la couche plexiforme fait défaut, la paroi musculaire est mince et le placenta inséré à ce niveau ne trouve que des éléments incomplets de vie. S'il s'étend en surface, dit Porak (*Bulletin médical*, 1^{er} mars 1888), c'est pour suppléer à la qualité par l'étendue. N'est-ce pas alors qu'on voit de préférence les placentas irréguliers et les cotylédons accessoires.

Les conséquences du manque de contractilité du

segment inférieur sont particulièrement terribles au moment de la délivrance, quand le placenta est vicieusement inséré. Cette contraction utérine dont nous avons, il y a un instant, vu l'importance ne ferme plus les vaisseaux béants par le décollement placentaire, elle est sans portée sur une région d'une pareille pauvreté musculaire. Si le tissu ne se rétracte pas, les vaisseaux restent perméables et le sang s'écoule en abondance.

Les statistiques sont là pour attester que la délivrance de l'insertion vicieuse appelle des complications.

Dylion (*Thèse de Paris*, 1890) a reproduit les résultats d'Obermann, de Nordmann et de Lomer. Cette grande fréquence de la délivrance artificielle (Nordmann : 33 fois sur 45 cas de placenta prævia) en est une autre preuve éloquente.

Les lésions multiples (dégénérescence, atrophie, disparition des villosités placentaires) de l'arrière-faix implanté vicieusement trouvent leur raison dans les conditions désavantageuses qu'il trouve pour sa nutrition : amincissement du segment inférieur de l'utérus qu'il appartienne au corps (professeur Pinard), ou au col (Allemands), ou ni à l'une ni à l'autre de ces deux régions (Auvard); éloignement du point d'entrée et de sortie des artères et veines utérines, utéro-ovariennes.

Résumant le mécanisme de l'hémorrhagie *post partum*, dans le cas de placenta prævia, nous sommes amenés à énoncer les propositions suivantes :

1° Le segment inférieur est à la fois peu contractile et peu rétractile; par sa texture, il offre un terrain préparé pour être frappé d'inertie ;

2° Le segment inférieur lors d'insertion vicieuse est plus vasculaire; la présence du placenta en est cause ;

3° Le placenta inséré vicieusement est ordinairement irrégulier, et, par suite, est exposé à un décollement irrégulier.

Contre cette plaie utérine créée par le détachement placentaire, contre ces ruptures vasculaires qui ouvrent la porte aussi bien aux micro-organismes qu'à l'hémorrhagie, le tamponnement utérin apparaît comme réalisant un progrès incontestable. La méthode préconisée jadis par Leroux, grâce à l'antisepsie, a de nouveau sa raison d'être : elle comble une lacune en obstétrique et ne mérite plus d'être injustement délaissée. Nous avancerons même que la préconiser, c'est mettre volontairement dans l'oubli certains procédés sur lesquels nous aurons bientôt à revenir (appareils de Chassagny, ballons insufflables), procédés dont l'infériorité sur le tamponnement est manifeste. Que fait-on, en effet, lorsqu'on applique le procédé Dührssen-Auvard ? On lutte directement contre la cause même de l'hémorrhagie : à la plaie utérine, on oppose un pansement adéquat se moulant exactement sur elle; à l'inertie de l'organe, on répond par une action irritante qui amène par voie réflexe sa contraction. Si le tampon vaginal non seulement agit mécaniquement en tant que digue s'opposant aux hémorrhagies de la gestation et du travail, mais encore

dynamiquement en réveillant prématurément les contractions utérines d'où la fréquence de l'accouchement prématuré consécutif à son emploi, on est bien en droit de reconnaître au tamponnement utérin ces deux modes d'action. Personne ne conteste la compression directe de la région hémorrhagipare; mais ne sait-on pas que le tamponnement bien appliqué dans l'intérieur de l'organe peut se retrouver dans le vagin amené là par les contractions utérines.

Signalons en terminant une cause d'erreur qui pourrait tromper sur la valeur réelle du tamponnement utérin. Les hémorrhagies *post partum* ne sont pas exclusivement utérines. Les plus fréquentes, les plus légères aussi, tiennent à des ruptures vasculaires au niveau de la vulve, du vagin et même du col. Il suffit d'y penser. Tandis que les déchirures de la vulve siègent ordinairement en avant ou en arrière, c'est-à-dire dans les régions les moins vasculaires, les déchirures du col ont leur siège habituel aux extrémités du diamètre transverse, c'est-à-dire dans les régions les plus vasculaires. Huguier a particulièrement insisté sur ces hémorrhagies formidables qui ont longtemps rendu les interventions gynécologiques sur le col redoutables. Le professeur Laroyenne, lors d'amputation de cet organe pour allongement hypertrophique, par exemple, se sert d'un thermo-cautère coudé. Avec le tamponnement utérin, suivi d'un tamponnement vaginal, gynécologistes et accoucheurs ont une arme contre de telles hémorrhagies. Il va de soi que la dilatation de l'u-

térus est une condition indispensable pour permettre le tamponnement de cet organe.

Lors d'hémorrhagie vulvaire, on aura recours à la ligature. Duncan relate un cas où une artère du périnée saigna abondamment 12 heures après la délivrance.

Quant aux hémorrhagies capillaires, une compresse de gaz iodoformée maintenue entre les jambes suffit pour les arrêter.

III. — Si le tampon est un moyen qui compte parmi les plus énergiques pour arrêter l'hémorrhagie pendant la grossesse, en est-il de même pour le tamponnement utérin opposé aux hémorrhagies qui suivent la délivrance ? La meilleure réponse à cette proposition, à notre avis, est de passer en revue les méthodes qu'on a pu lui préférer. Cette étude comprendra deux parties : dans l'une seront successivement énumérés les procédés divers capables de réveiller la contraction utérine, dans l'autre, les méthodes qu'on a voulu substituer au tamponnement utérin et qui, pour la plupart, sont fondées sur l'emploi d'une substance autre que la gaze. Après cette énumération, nous pourrons, en connaissance de cause, apprécier le tamponnement utérin, voir ses avantages et montrer l'insuffisance des objections que ses détracteurs lui ont opposées.

La description, dans un chapitre ultérieur tamponnement intra-utérin, tel que la méthode antiseptique

tique l'a vulgarisé, sera facile après une telle étude comparative.

Des moyens opposés à l'inertie utérine. — Les agents capables de réveiller la contraction utérine après l'accouchement, peuvent se ranger en excitants thermiques, chimiques, nerveux et médicamenteux. Les agents mécaniques feront l'objet de la deuxième partie de ce chapitre.

Les excitants thermiques sont des agents très efficaces, toutefois leur action peut se faire attendre, d'où l'impossibilité pour un accoucheur, de n'avoir confiance qu'en eux. Le moyen le plus sûr, c'est la chaleur. L'expérimentation sur les animaux a montré que le maximum d'effet s'obtenait avec une température voisine de celle qui amène la désorganisation des tissus. Il faut se rapprocher de 50°. La forme liquide est supérieure à la forme solide : elle a l'avantage de mettre le calorique en rapport avec tous les points de la face interne, et de garder la même température, à la condition que le liquide soit suffisamment renouvelé.

Ce moyen n'est pas sans danger : à une époque où toute sage-femme peut, avec l'autorisation de la loi, faire une injection sublimée ou phéniquée, il importe de savoir que des injections trop chaudes, que des injections à trop forte tension peuvent amener des accidents mortels. La science nous apprend que des morts, le nombre en est heureusement limité, sont arrivées après des injections trop chaudes, probablement par paralysie du centre constrictor de l'uté-

rus. Une température de 51° entraîne une inertie fatale.

Des injections trop abondantes, suivies de pénétration d'eau dans le sang, sont également cause d'accident; on pensera toujours aux veines béantes, et l'on veillera à maintenir une tension en dessous de celle qui amènerait la pénétration du liquide dans les veines.

Pratiquement, l'emploi d'une canule fenêtrée, le rejet systématique de tout appareil à pression pour s'en tenir au récipient d'usage courant dans le service hospitalier lyonnais, suffisent pour éloigner tout danger.

Le docteur Auvard de Paris enseigne également ce moyen, qu'il juge suffisant dans les hémorrhagies légères. On sait qu'après l'accouchement normal, l'injection vaginale suffit; par crainte d'absorption, le praticien prudent réserve l'emploi de la sonde coudée, de préférence celle en verre, aux cas avec hémorrhagies.

Avec le professeur Fochier, nous rappellerons que les difficultés matérielles existent avec ce moyen comme avec tant d'autres; il est plus facile souvent d'avoir quelques lanière de gaz iodoformée que quatre à six litres d'eau stérilisée, à la température de 48°, et renfermant du sublimé à faible dose.

Par le fait du mouvement incessant du sang qui refroidit constamment les tissus, l'eau chaude n'agit pas directement sur les fibres musculaires lisses, mais sur les fibres nerveuses.

Sur l'excitation thermique par le froid, nous serons brefs. Sans proscrire certains moyens d'application très simple, comme les compresses d'eau froide sur le bas-ventre, sur les cuisses, comme la flagellation des parties génitales externes avec une serviette mouillée, moyens qui agissent par action réflexe, nous ne recommanderons le froid qu'à la condition d'en alterner l'emploi avec la chaleur. Levret, l'inventeur du forceps, l'appliquait sous forme de glace introduite dans l'utérus; la microbiologie nous a appris à nous méfier d'un corps qui peut contenir toutes sortes de germes. D'ailleurs le procédé de Levret n'était pas commode à réaliser, Seyfert se contentait d'injections intra-utérines d'eau froide glacée. Avec le froid on a bien le réveil de la contraction utérine, même plus rapidement qu'avec la chaleur; mais cette contraction est passagère, et par suite ne mérite pas grande confiance pour l'arrêt définitif de l'hémorrhagie.

Avec les excitants chimiques, il n'y a pas lieu d'entrer dans de grands développements; leur procès est fait depuis plusieurs années, et à une vogue extraordinaire succède un oubli bien justifié. Aujourd'hui c'est avec mépris que l'on parle des éponges au vinaigre, des citrons pelés et autres moyens, classiques dans un temps où la fièvre puerpérale régnait en souveraine. Le perchlorure de fer agissait par l'acide chlorhydrique, c'était un corps caustique, ce qui a fait dire qu'il agissait quand l'injection était mal faite.

La solution courante était au tiers, 115 grammes pour 350 grammes d'eau (formule de Barnes). On est étonné de voir le docteur Charpentier, dans son édition de 1890, soutenir encore ce procédé; les règles de prudence qui dictent l'emploi de ce corps en chirurgie (périnée, face, autres régions vasculaires) semblent *à fortiori* s'appliquer en obstétrique. A l'étranger, Kiwisch a été le défenseur enthousiaste du perchlorure de fer en injection. Que dire de la teinture d'iode, dont le caractère de puissant hémostatique est hors conteste, et dont l'emploi quotidien par les gynécologues se maintient en dépit de tous les agents médicamenteux nouveaux? Il suffit de faire appel à ses souvenirs pour voir dans cet agent un moyen désagréable, à cause des douleurs vulvaires intenses qui peuvent perpétuer l'inertie.

Les excitants nerveux comprennent toutes les actions réflexes à distance. Compresses d'eau froide sur la paroi abdominale, sur les cuisses, évaporation de gouttes d'éther répandues sur les mêmes régions, application de sinapismes, excitations cutanées à l'aide de compresses chloroformées sont autant de moyens qui peuvent réveiller une contraction utérine, impossible à rappeler à l'aide de moyens portés sur l'utérus même.

Enfin, viennent les agents médicamenteux, d'un précieux secours contre l'inertie. L'un d'eux, très connu, le seigle ergoté, est un moyen infidèle, car son action porte sur la fibre musculaire, et non sur les centres nerveux. Les fibres peuvent se con-

tracter toutes ensemble, mais d'une façon désordonnée. C'est un moyen qui n'est vraiment sûr que lors d'administration par voie sous-cutanée. Par précaution, il est sage d'en ordonner dans tous les cas graves, mais on se souviendra que si cet agent a donné lieu à de nombreux travaux, le moment de son administration et non son efficacité les ont motivés. Il est banal aujourd'hui de répéter l'aphorisme connu de tous : le règne de l'ergot commence au moment où finit le tampon vaginal. L'école lyonnaise est intrinsèque sur cette question.

Il y a bien d'autres agents médicamenteux, mais comme ils s'adressent autant à l'état général qu'à l'utérus, nous préférons en ajourner l'étude. L'usage de l'alcool, disons-le par avance, va de pair avec toute application de tamponnement utérin.

Reste, avant de mentionner les moyens qui, d'après nous, sont avantageusement remplacés par le tamponnement utérin, l'étude d'un moyen temporaire, il est vrai, mais excellent et sur lequel nous insisterons à dessein. La compression de l'aorte jusqu'ici était un bon moyen d'attente; nous en faisons systématiquement l'auxiliaire du tamponnement utérin, et nous ne craignons pas d'avancer que la méthode Dührssen-Auvard, combinée à la compression de l'aorte et faite avec les règles de l'antisepsie, est à la fois facile et efficace.

C'est Budiger, de Tubingue, qui, le premier, préconisa ce procédé; toutefois, il comprimait l'aorte à travers la paroi postérieure de la matrice; Max Sax-

toph modifia le procédé primitif pour y substituer la compression à travers les parois de l'abdomen et de l'utérus. Ulsamer, en 1825, propose le premier la compression de l'aorte, au dessus de l'utérus, telle qu'on la pratique aujourd'hui ; mais c'est Baudelocque qui devait y attacher son nom.

Jacquemier s'est fait l'écho des objections théoriques opposées à ce moyen ; sans entrer dans ces dernières, il nous sera permis de dire que les faits sont là pour attester la supériorité de ce procédé. Dans les cinq observations nouvelles de tamponnement utérin que renferme ce travail, la compression de l'aorte a été faite dans tous les cas et avec un succès complet.

Pratiquement, la compression sera faite au dessus de l'utérus, parfois même au dessus des artères rénales à cause de l'artère utéro-ovarienne. Il faut savoir, et l'ignorance ici est impardonnable, de grandes douleurs étant épargnées aux femmes à ce prix, que l'aorte doit être comprimée sur une certaine hauteur, et jamais sur une ligne, ce qui revient à dire que la compression doit toujours être faite non avec la pointe des doigts mais bien avec les phalanges. On évitera toute compression brusque, on s'appliquera tout d'abord à sentir l'aorte, et on aura le plus grand soin de ne pas exercer une pression au delà de celle nécessaire pour arrêter le cours du sang. Non seulement il est inutile, mais il peut être dangereux de dépasser cet effort. Enfin, la compression de l'aorte est un moyen qui peut être appliqué durant trente et même quarante-cinq minutes sans péril.

C'est dire que l'on peut toujours, quelle que soit la dextérité de l'opérateur, la pratiquer jusqu'à la fin d'une application de tamponnement utérin. Le grand avantage de joindre ces deux procédés est indiscutable : on peut tamponner sans être gêné par l'hémorrhagie qui est forcément arrêtée, et surtout sans se hâter. On a tout intérêt à faire une bonne application, puisque le tampon utérin, ainsi que nous le verrons, doit rester plusieurs heures en place.

En 1887, Le Torre (*Archives d'obstétrique*) publiait sept à huit observations, suivies de succès, où la compression de l'aorte fut pratiquée à l'exclusion de tout autre procédé. Il va de soi que l'hémorrhagie cédant à ce moyen, toute autre intervention devient inutile ; autre avantage qui n'est pas à rejeter. A Lyon, ce moyen est admis par tous. Le docteur Blanc, ex-chef de clinique obstétricale de la clinique d'accouchements, s'inspirant de l'enseignement de M. le professeur Fochier, explique le mode d'action de la compression aortique d'une double façon : elle agit en gênant l'afflux du sang artériel et en excitant les filets nerveux du plexus lombo-aortique. Cette incitation aurait pour résultat le réveil de la contraction utérine. Somme toute, c'est l'application pour la plaie placentaire de ce qu'on fait journellement pour toute autre plaie : arrêter la circulation dans les branches artérielles afférentes. Dans les hémorrhagies *post partum*, c'est l'aorte qui représente le tronc d'origine et la compression de ce vaisseau est forcément efficace, sauf le cas de main inexpérimenté.

Agents mécaniques opposés à l'inertie utérine. —

Avec les excitants mécaniques, nous abordons une étude éminemment pratique. Ce sont les moyens prônés ces dernières années, et par suite les plus employés. Avec la compression de l'aorte, nous en avons déjà en quelque sorte abordé la description, et si nous avons tenu à les décrire séparément c'est pour mieux les mettre en relief. Nous commencerons par l'énumération de ceux qui, selon nous, méritent l'oubli à tous les points de vue.

La plus importante est la méthode de Chassagny : ce n'est pas la première en date, mais c'est de tous les moyens mécaniques, mis en parallèle avec le tamponnement, celui qui dans la région lyonnaise a fait le plus de bruit, et qui, hâtons-nous d'ajouter, méritait le plus de rester dans l'ombre. Nous voulons bien que la description faite par l'auteur du procédé séduise à première lecture, mais quand on aborde le terrain pratique, le procédé n'est pas aussi ingénieux qu'on a bien voulu le dire. L'appareil de Chassagny n'est autre qu'un double ballon, en vessie de porc, facilement insufflable. Le principe en est bien connu : on sait que certaines vessies animales ont la curieuse propriété de prendre exactement l'empreinte d'objets creux dans lesquels on les dilate, grâce à leur souplesse excessive. Ces appareils, sur lesquels les travaux de Hubert, de Louvain (novembre 1887, *Bulletin de l'Académie royale de médecine* de Belgique), ont attiré à nouveau l'attention, sont dilatés avec de l'eau. Malgré leur

simplicité, ils sont passibles de sérieuses objections. Laissant de côté celle qui consiste à dire que l'appareil n'est pas à la portée de tous les praticiens, nous tenons à dire avec notre Maître, M. le docteur Vincent, chef de service à la Maternité de Lyon, que cet appareil offre dans la pratique journalière les plus grands inconvénients. Il est nécessaire de le conserver dans l'eau, si l'on veut compter sur lui au moment voulu ; il est d'un entretien aseptique difficile, et alors même que l'on voudrait fermer les yeux sur ce côté défectueux, il est évident qu'entre le contact, vraiment adéquat à la surface utérine, réalisé par la surface sèche et souple du tampon de gaze iodoformée, et celui obtenu par un ballon dilatable, la préférence pour le premier de ces deux moyens est légitime et admise par tous.

Enumérons, pour les rejeter complètement, certains procédés plus ou moins calqués sur celui de Chassagny. Schüking, cité par Becker (*Berlin clinique. Woch.*, 1889) se servirait d'un appareil du même genre dont le contact avec la surface utérine ne serait toutefois pas uniformément réparti. Cet appareil qui fait appel pour combattre l'hémorrhagie à une irritation locale et non étendue à tout l'organe, est susceptible d'une objection capitale, celle de déterminer facilement l'inertie partielle, cette inertie en godet, si fréquente et contre laquelle lutte avantageusement la gaze iodoformée.

Diday, de Lyon (*Gazette médicale* de cette ville, 1880), s'était fait le défenseur d'une méthode

analogue, qui à la dilatation par l'eau substituait l'insufflation de la poche au moyen de l'air. C'était le pessaire de Gariel, appliqué dans une nouvelle région : la cavité même de l'utérus.

Sans nous étendre plus longuement sur cette thérapeutique, aujourd'hui n'appartenant plus qu'à l'histoire, nous ferons remarquer que si les essais de Sylmann, en 1849, de Diday lui-même, dès 1854 (voir Delore, *Archives de tocologie*, 1880), étaient justifiés à pareille époque par la théorie, l'ère antiseptique a définitivement en obstétrique comme en chirurgie générale, détrôné les appareils complexes pour y substituer des agents simples, sûrs et à la portée de tout le monde.

Du tamponnement vaginal que Bailly semble préconiser pour les hémorrhagies *post partum*, il n'y a qu'une voix pour le rejeter catégoriquement. Les observations de Bailly sont loin, d'ailleurs, d'être concluantes. On a peine à comprendre qu'un tampon placé sur un col aussi flasque que celui d'une parturiente venant d'être délivrée puisse réveiller la contraction utérine. La conséquence de pareil procédé est de transformer la perte externe en perte interne. Cacher le danger, ce n'est pas le conjurer.

L'électricité a eu ses partisans. Ce procédé a été principalement prônée à l'étranger par Dorrington, Radfordt, Barnes. Nous n'avons pas de statistique personnelle sur l'emploi de cet agent en tant qu'excitant du muscle utérin en obstétrique dans les hémorrhagies *post partum*. En admettant qu'il soit

sans danger, ce qui n'est pas prouvé, il faut bien reconnaître que son application n'est pas toujours commode : le praticien, même celui qui exerce loin de grands centres, peut avoir sur lui de la gaze iodoformée ; il lui est souvent impossible d'avoir une pile sous la main.

Binet, en 1875 (*Bulletin général de thérapeutique*), préconise l'emploi de bourdonnets de charpie disposés en chapelet et imbibés de perchlorure de fer pur. Avec ces bourdonnets, qu'il laissait en place sept à huit heures, cet auteur dit avoir eu trois succès. Les observations sont même relatées dans son travail. Ce procédé n'a rien de commun avec le tamponnement Dührssen-Auvard ; il est passible des objections soulevées déjà à propos des injections de perchlorure de fer. Reste la description de procédés qui agissent mécaniquement comme les précédents, mais qui ne comportent l'emploi d'aucune subsistance. Nous voulons parler de l'introduction de la main dans l'utérus remplissant à la fois le rôle de tampon et agent stimulant la contraction.

Le docteur Auvard, aux hémorrhagies graves qui suivent la délivrance, oppose deux moyens : la compression de l'utérus à travers l'abdomen et l'introduction de la main dans l'utérus. Deux mots sur les services que peut rendre la pression manuelle à travers la paroi abdominale. Modérée et agissant sur le fond de l'utérus pour le maintenir et le comprimer, cette pression ne constitue pas une méthode destinée à lutter contre les hémorrhagies graves, c'est une

condition qui permet de corriger l'ante-version si fréquente après l'accouchement, à la fois cause de retard pour l'expulsion du placenta et des caillots qui peuvent, par leur nombre, s'opposer à la rétraction définitive de l'organe. Disons que l'application de cette main est un précieux auxiliaire lors de tamponnement intra-utérin. La compresssion de l'utérus à travers la paroi abdominale et sur le côté droit a été également prônée : elle se fait avec les deux mains qui appliquent l'utérus dans la fosse iliaque. Excellent moyen théoriquement, mais en pratique, on n'est jamais sûr de pouvoir étaler l'utérus dans la fosse iliaque. Aussi, si nous avons signalé ce procédé, c'est pour le recommander au même titre que la compression du ventre à l'aide de bandes en caoutchouc ; ce sont des procédés, en eux-mêmes infidèles, d'une application pas toujours facile, et destinés plutôt à compléter un tamponnement utérin. Il n'y a aucun inconvénient à remplacer l'action de la main par un sac rempli de sable mouillé, de plomb de chasse.

L'introduction de la main dans l'utérus, son séjour dans cet organe quelquefois des heures durant, constituent une pratique recommandée par de nombreux accoucheurs. Nous convenons sans peine que des mouvements de rotation, exécutés le poing fermé dans la cavité utérine, sont bien faits pour réveiller la contraction utérine, surtout si avec l'autre main, on a soin d'exercer une certaine pression à travers la paroi abdominale. Il va sans dire que la main sera introduite, toujours allongée, dans l'utérus, pour ne la

fermer qu'une fois arrivée dans cet organe. Sans faire le procès d'une méthode qui a pour elle plus d'un succès, on peut se demander si cette main, par ses mouvements faits sous pression, n'est pas sans exercer une action traumatique préjudiciable à la paroi utérine et si l'asepsie est assez grande pour en permettre le séjour prolongé. Quand la main est introduite dans le but d'appliquer un tamponnement utérin, cette cause d'infection est moins redoutable; la gaze iodoformée est antiseptique, le péril peut être conjuré. En tout cas, en présence d'une malade qui se débat, nous n'hésiterons pas à la soumettre à quelques vapeurs de chloroforme pendant quelques instants, le temps par exemple de placer un tampon, mais jamais nous ne prendrions sur nous de prolonger un anesthésie tout le temps que la présence du poing dans l'utérus peut être nécessaire pour arrêter une hémorrhagie. D'autre part, on nous accordera bien qu'il est dangereux d'avoir une main dans l'utérus d'une femme en proie à une vive agitation. Cet organe, après les couches, est loin d'être toujours indolore.

Avantages et inconvénients du tamponnement intra-utérin. — Le tamponnement intra-utérin n'est aujourd'hui jugé mauvais que par ceux qui ne l'ont jamais appliqué. Ses avantages sont réels, les succès qui accompagnent son emploi suffisent déjà à l'attester: il est possible de se rendre compte de son efficacité, et par suite, de croire que ce procédé a définitivement conquis sa place en obstétrique.

En premier lieu, il met l'utérus dans des conditions d'asepsie parfaite. C'est le tamponnement fait avec de la gaze iodoformée que nous admettons. Dührssen est arrivé à se convaincre que des bandes iodoformées peuvent être abandonnées 24 heures durant dans la cavité utérine, sans subir aucune altération, et même que l'action antiseptique de l'iodoforme est si grande, qu'une infection ayant sa source dans l'utérus peut être arrêtée ou rendue inoffensive. Veit (*Thérapie Nachblutungen Hand*, 1^{re} Haft) semble ne pas admettre cette proposition : c'est évidemment ne pas vouloir se rendre devant les faits.

C'est un hémostatique puissant, sans danger. Nous ne croyons pas utile de revenir sur cette affirmation, conséquence logique de ce que nous avons dit plus haut sur le mode d'action du tamponnement utérin. Enfin, etc'est là une conclusion que nous tenons particulièrement à mettre en relief dans ce travail, c'est un moyen susceptible d'une application hâtive. Jusqu'ici, on ne s'accordait à reconnaître son emploi indiqué seulement après un certain temps. Les observations qui ont fait écrire ce travail sont là pour montrer que c'est un moyen qui n'est pas seulement de mise contre les hémorrhagies prolongées. Appliqué pendant que l'on comprime l'aorte, c'est un procédé qui permet de lutter contre les hémorrhagies, même à jet considérable. De plus, pratiqué d'une façon précise, il a le grand avantage d'éviter à l'opérateur ces situations pénibles, pouvant se prolonger

des heures, et où la fatigue est telle que l'on doit renoncer au maintien d'une main, éclose indispensable pour empêcher de nouvelles hémorrhagies. D'ailleurs, nous avons reconnu une indication presque formelle au tamponnement utérin : c'est son emploi après les cas de placenta prævia ayant mis les femmes dans une anémie profonde. Ne sait-on pas que lors d'insertion vicieuse, il y a souvent lieu de procéder à la délivrance artificielle. Le placenta étalé se décolle mal, ou ne se décolle pas : il faut au plus tôt rompre des adhérences doublement funestes, elles entretiennent l'inertie transitoire qui suit l'expulsion du fœtus et sont ainsi cause de nouvelles hémorrhagies. Dans ces conditions, il n'y a pas d'accoucheur qui hésite à introduire la main dans l'utérus, beaucoup même systématiquement font de suite après l'accouchement l'expulsion du délivre. Vider du même coup l'utérus des caillots qu'il contient, faire un lavage utérin à faible pression et tamponner de suite, constituent une ligne de conduite bien légitime. C'est mettre la femme en quelque sorte à l'abri de tout accident ultérieur, c'est également lui assurer de suite un repos bien motivé par un état de faiblesse souvent très grave. Sans entrer dans la description détaillée du décollement artificiel, nous rappellerons l'importance qu'il y a à retirer le placenta seulement après avoir été bien détaché. Les cas d'inversion utérine sont rares, je le veux bien, mais ils existent cependant, nous n'en voulons pour preuve que le fait d'une jeune femme, venue à la Charité

(Service de M. le professeur Laroyenne) pour une inversion utérine irréductible qui nécessita une amputation de la matrice. C'était en septembre 1891, pendant que nous avions l'honneur d'être attaché à ce service. Les mouvements de scie exécutés avec les bords latéraux des phalanges unguéales rendent, somme toute, cette opération facile et sans danger. A Lyon, les femmes sont, selon le précepte de Scanzoni, laissées dans le décubitus horizontal ; si l'opération du décollement artificiel rencontre des difficultés, on change le décubitus dorsal en décubitus latéral.

Enfin, nous devons dire que si nous voulons le tamponnement utérin hâtif, nous sommes appuyés par Dührssen dont l'enseignement fait loi sur ce sujet. En juin 1889, une statistique donnant 56 succès sur 57 cas était apportée par cet auteur au Congrès de la Société allemande de Gynécologie, tenu à Fribourg en Brisgau. C'était bien montrer l'importance de sa méthode que de montrer les hémorrhagies *post partum* causant en Prusse au moins la mort d'une femme par jour. Son assertion fut admise sans conteste.

Les inconvénients du tamponnement utérin sont-ils réels ? Les objections faites à son emploi sont-elles fondées ?

Le tamponnement à la gaze iodoformée est une cause d'intoxication. C'était un argument qui semblait sans réplique : on sait avec quelle facilité un utérus qui vient d'être délivré absorbe, la nécessité de

se servir de solutions sublimées très faibles (au 1/6000^e) ou suivies de solutions phéniquées le prouve. Les faits sont venus infirmer l'assertion précédente quand il s'agit de gaze iodoformée. En fouillant toutes les observations déjà enregistrées dans la littérature obstétricale, nous n'avons trouvé que deux cas où des symptômes d'intoxication se manifestèrent. Le docteur Audry, de Lyon (*Lyon-Médical*, mai 1897) constata même dans l'observation qui lui est personnelle de la céphalée, des intermittences du pouls, de l'iode dans les urines. Sa malade guérit comme celle de Dührssen qui relate l'autre fait de ce genre. En médecine, il n'y a pas de loi absolue : ces deux faits ne font que confirmer notre opinion. D'ailleurs il est possible de tourner la difficulté : Erkelein, s'exagérant une crainte non fondée, a employé des bandes de gaze ordinaire, simplement aseptique. Cet auteur a eu également des succès. Nous ne ferons pas de dissertations pour savoir si la gaze iodoformée est décomposée désavantageusement par la chaleur, pour connaître son degré d'antisepsie : c'est un corps qui a pour lui des succès incontestables, qui est aujourd'hui vulgarisé dans toute la France, et profitant de cet avantage nous prônons cette gaze. Avec M. le docteur Vincent, nous croyons qu'il est sage de la secouer avant de s'en servir, de ne pas employer l'iodoforme isolément après la délivrance ; avec de telles mesures, les accidents doivent s'observer bien rarement, si toutefois ils sont possibles.

Le tamponnement utérin peut être cause de septicémie. A cette objection non fondée, Auvard sur 17 cas en rapporte 3 seulement où des accidents mortels survinrent : des complications étrangères dans deux cas, tuberculose, éclampsie, entraînèrent la mort des malades. Dans un autre cas, l'agitation très grande de l'accouchée ne permet pas d'imputer forcément l'accident au tamponnement.

La fréquence des métrites, des péritonites, la possibilité de phlegmatia *alba dolens* (thèse de Dylion, thèse de Paris, 1890. Traitement de l'insertion vicieuse du placenta, essai de clinique thérapeutique) sont des complications liées à l'infection puerpérale, et qui sont possibles sans tamponnement. Si la microbiologie en a donné l'explication, elle a également montré l'avantage de l'antiseptie sur l'asepsie. Ne sait-on pas que par le fait même de l'introduction de la main dans l'utérus, on peut infecter une femme alors que les mesures les plus rigoureuses d'asepsie sont prises par l'accoucheur. Un simple toucher suffit pour porter des germes dissimulés dans les replis du vagin, dans les culs-de-sac vaginaux, jusque dans la cavité utérine.

M. le professeur Fochier (*Lyon-Médical*) insiste avec raison sur l'importance des lavages vaginaux avant chaque toucher. L'antiseptie faite par le tamponnement utérin est la meilleure réponse à ceux qui objectent que les ulcérations vaginales faites pendant l'accouchement enlèvent toute garantie au sujet de l'asepsie.

Autre grief : c'est un moyen douloureux. Cette donnée est déjà contraire à ce que les faits apprennent sur la sensibilité de l'utérus, cet organe pouvant facilement supporter le contact d'un corps étranger. Il est rare d'avoir recours à l'anesthésie, quand on pratique un cathétérisme utérin. A plus forte raison, quand l'utérus a été habitué au contact du produit de la conception pendant des mois, ne doit-on pas craindre le contact d'un léger tamponnement antiseptique. Mais cette opération tombe devant ce fait : dès que l'utérus devient douloureux, c'est qu'il se met à se contracter, et, par suite, le tampon est expulsé dans le vagin.

On a encore dit qu'il empêchait le retrait momentané de l'utérus. Mais précisément, dans le cas où nous le préconisons, inertie, placenta prævia, ce retrait n'a pas lieu immédiatement. Le tampon, avons-nous dit, détermine les contractions. Cette assertion hasardée n'enlève donc rien à sa valeur. Weit est même allé jusqu'à soutenir que le tampon pouvait amener un excès de contractions. Cela serait qu'il serait facile de le maintenir en place au moyen d'un bandage en T appuyant sur un tampon vaginal. D'ailleurs, puisque l'on veut lutter contre l'hémorrhagie, le danger serait plutôt dans la création d'un vide *a vacuo*, c'est-à-dire justement dans l'effet contraire.

Les troubles rectaux, vésicaux sont conjurés par les soins que mérite toute parturiente, cathétérisme, lavements, si nécessaire. La suppression du tampon

vaginal permettrait de remédier complètement à des accidents de ce genre : c'est lui qui est en cause et non le tamponnement utérin.

Enfin, on a dit que cette méthode n'avait pas sa raison d'être, on réussirait sans y avoir recours. C'est là le langage des amis de la routine, dit Auvard.

Généraliser un procédé qui offre si peu prise à la critique, faire connaître les services qu'il est capable de rendre dans les cas des femmes profondément anémiées par des hémorrhagies répétées, comme lors d'insertions vicieuses sont des motifs bien suffisants pour motiver la vulgarisation qui en est faite. Nous allons voir qu'il est bien simple, ce qui est bien en faveur de son emploi.

IV. — Avant de décrire le tamponnement intra-utérin, nous dirons quelques mots des travaux qui ont le plus contribué à le faire connaître.

C'est Leroux qui en est le créateur (1776). Tamponnements vaginal et utérin datent donc de la même époque. Une simple différence de siège donne lieu à une distinction capitale ; il n'y a donc pas lieu de s'étonner de la vogue bien différente des deux procédés. L'observation de Leroux est fort simple : une accouchée perd abondamment après l'expulsion du délivre, l'introduction de la main à plusieurs reprises dans l'utérus n'arrête pas l'hémorrhagie, l'idée vint à ce praticien de placer dans cet organe un lambeau de linge imbibé de vinaigre. Succès complet et immédiat. Ce tamponnement primitif ne fut expulsé

que le cinquième jour; il était maintenu par plusieurs linges se trouvant dans le vagin.

Les théories régnantes à l'époque permettent de se rendre compte du silence fait sur ce procédé. Le pouvoir excitant, mécanique, du tampon est méconnu : c'est une simple digue opposée à l'écoulement. Une telle interprétation rend bien compte de la déchéance de ce moyen.

Baudelocque, par ses travaux, fait connaître la compression de l'aorte et en vulgarise l'emploi; du tamponnement, il en parle peu et admet la pratique courante des praticiens du temps qui ne se servent que du tamponnement vaginal. C'est ce dernier qui est encore connu sous le nom de procédé de Leroux. La prescription absolue de son emploi dans les hémorrhagies de la délivrance est formulée par Baudelocque avec la même rigueur que les accoucheurs du XIX^e siècle.

Il faut arriver à ces dernières années pour trouver les premiers travaux importants faits sur le tamponnement utérin. En 1875, Binet, dans le *Bulletin de thérapeutique* parle d'hémorrhagies *post partum*, heureusement traitées par des bourdonnets de charpie introduits dans l'utérus même; mais, c'est à Dührssen que revient le mérite d'avoir érigé en méthode un procédé mal connu avant les travaux de cet auteur. En août 1887, assistant de Fristch à Breslau, Dührssen publiait dans le *Centralb. f. Gynéc.*, l'observation d'une malade atteinte de cancer du corps utérin et traitée par le tamponnement à la gaze iodo-

formée. Quelques mois plus tard, assistant de Gussow à Berlin, le même praticien complétait son premier travail par une nouvelle publication qui apportait quatre succès à l'appui du procédé nouveau, préconisé à l'instar des autres hémostatiques. Dans un cas, le tamponnement utérin avait été opposé à une métrite hémorrhagique consécutive à un avortement de quatre mois. Les conclusions déduites de ces premières observations étaient les suivantes : procédé inoffensif, son séjour ayant eu lieu une journée sans amener d'accidents ; procédé antiseptique, deux cas de septicémie avec écoulement lochial fétide s'étant heureusement terminés à la suite de son emploi ; enfin, procédé sûrement hémostatique.

Au cours de ce travail, nous avons qualifié cette méthode nouvelle du nom de méthode Dührssen-Auvard : c'est que, concurremment aux publications de l'auteur allemand, en France paraissaient des travaux qui faisaient connaître ce procédé. En octobre 1887, le docteur Auvard, de Paris, observait une femme chez laquelle le tamponnement intra-utérin fut appliqué au cours d'un état puerpéral grave. Ce fut un succès complet ; cette observation est d'ailleurs consignée en détail dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* (novembre 1887). En Belgique, Fraipont, de Liège, publie en septembre de la même année un mémoire sur le nouvel hémostatique ; les deux observations relatées par cet auteur sont consignées dans les *Annales de la Société médico-chirurgicale* de Liège.

Bientôt les publications se multiplient : c'est Dührssen qui, l'année suivante, enrichit la littérature médicale de sept nouveaux cas ; c'est Auvard qui, en 1888, dans le deuxième volume de ses Travaux d'obstétrique rassemble tous les faits cliniques rapportés, en fait connaître d'inédits (un cas de Secheyron, cinq cas personnels). C'est un ensemble de dix-sept observations bien fait pour répandre le procédé. Metzke, la même année, consacre dans sa thèse inaugurale un chapitre entier au nouvel hémostatique (Berlin, 1888). Avec 1889, de nouveaux succès sont enregistrés : Bétrix à Genève, Blanc à Lyon (*Province-Médicale*, décembre 1889), Dührssen en Allemagne avec Becker, Erkelein, Born publient de nouvelles observations. Le procédé maintenant répandu dans les services hospitaliers occupe en obstétrique une place qu'il ne perdra plus. Si l'on s'en occupe dans les journaux, c'est pour en préciser le mode d'application, mais non pour le combattre (Audry, *Lyon-Médical*, mai 1890).

Ce mode d'application est fort simple : Dührssen, Auvard l'ont fait connaître au cours de leurs écrits, leurs descriptions ne diffèrent que sur des détails de second ordre. La femme est mise au travers de son lit, dans la position obstétricale : agir de cette façon, c'est faciliter considérablement l'opération. Le chloroforme n'est pas nécessaire ; il est indiqué seulement lors de femme indocile. On sait l'indolence des opérations pratiquées sur l'utérus. Le chloroforme à la reine suffit. Dans les services hospitaliers, il est

d'usage de se munir d'une longue pince à pansement qui, disons-le, n'est pas indispensable, et de deux pinces à griffe. L'emploi de pinces tire-balles est surtout peu important lors du tamponnement appliqué dans les heures qui suivent la délivrance.

Les bandes de gaze iodoformée employées par Dührssen sont de la largeur de la main et à quatre doubles ; elles sont iodoformées à 20 0/0. Auvard se sert de lanières de 5 mètres à 50 0/0. A Lyon, il est d'usage à la Charité (services d'accouchements) de confectionner des bandes au moment de s'en servir ; elles sont taillées dans des carrés de gaze préparée d'avance, et sont toujours à plusieurs doubles. Rappelons qu'Erkelein se sert de gaze ordinaire.

Une fois les deux lèvres du col fixées et attirées en bas (avoir soin de saisir la lèvre antérieure la première et d'employer des pinces à pointes bien cachées), Dührssen introduit l'extrémité de la gaze iodoformée dans le fond de l'utérus avec la longue pince mentionnée ci-dessus. Un aide doit toujours pendant ces manœuvres exercer une pression sur l'utérus de façon à faciliter son abaissement. Auvard introduit la gaze directement avec la main, cette méthode nous semble préférable dans les cas graves. Les lanières sont introduites dans l'utérus par la pince ou la main qui successivement en font pénétrer les différentes parties, et qui dans ce but sont ramenées plusieurs fois dans le vagin. A Lyon nous avons assisté à l'emploi des deux moyens, chaque praticien préférant tel ou tel procédé. La cavité utérine rem-

plie, on doit attendre d'avoir comblé la cavité cervicale pour détacher les pinces.

Doit-on systématiquement appliquer le tamponnement utéro-vaginal, ou se contenter du tamponnement utérin ? Avec Auvard, avec l'école Lyonnaise, il y a avantage à pratiquer le tamponnement utéro-vaginal.

La sécurité est plus complète quand l'accoucheur ne peut rester près de la malade. Dans ce cas, il est d'usage de compléter même l'appareil en le fixant avec un bandage en T, ce qui permet d'exercer une certaine compression abdominale à l'aide d'un bandage de corps. Le tampon vaginal suffit d'ailleurs à combattre des hémorrhagies secondaires qui peuvent coexister, avec l'hémorrhagie utérine. Quand on applique les pinces sur le col, il y a, dit Auvard, avantage à l'amener à la vulve : par un examen direct, on peut reconnaître la source du sang qui s'échappe par les déchirures du col. A un jet artériel, on opposera, avant l'application du tamponnement qui pourrait céder devant la pression artérielle, une ligature ; à une hémorrhagie en nappe, d'origine capillaire ou veineuse, il suffira pour la faire cesser d'un tamponnement utéro-vaginal. Le vagin est d'ailleurs le siège fréquent d'éraillures susceptibles d'infecter une accouchée ; la gaze iodiformée, par son contact direct, agit heureusement comme agent à la fois hémostatique et antiseptique. La seule contre-indication à son emploi se tire des troubles de la miction et de la défécation.

Il est facile d'y parer. Cette objection n'a pas grande

valeur, car le tamponnement pour agir n'a pas besoin de rester longtemps en place. On pensera à la vessie, dans tous les cas, et par un simple cathétérisme, on lèvera presque toujours l'obstacle quand il existera.

Pratiquement, il est important de laisser toujours une extrémité des lanières dans le vagin : c'est rendre leur ablation extrêmement simple. Nous terminerons ce qui a trait au mode d'application du tamponnement en émettant une vue pathogénique sur les avantages qu'il offre en tant qu'utéro-vaginal : puisqu'on recherche avant tout le réveil de la contraction utérine, il nous semble que l'action mécanique obtenue par la distension du vagin s'ajoute heureusement à l'action excitatrice ayant son point de départ dans l'utérus.

Quelle doit être la durée du tamponnement ?

Avec Dührssen, elle est de 24 à 48 heures ; avec Auvard, elle serait plutôt de 12 à 24 heures. Nous ne voyons aucun inconvénient à le laisser même plusieurs jours ; c'est un moyen inoffensif chez une malade qu'on a sous la main. On est toujours à temps d'en pratiquer l'ablation si l'accouchée accuse des douleurs, de la gêne de la miction ou autres accidents. Cette ablation n'exige pas l'anesthésie, elle est généralement indolore. Elle peut être pratiquée dès la huitième heure, lors d'infection par exemple, sans compromettre le but hémostatique atteint.

Le professeur Laroyenne, de Lyon, dans les cas de métrites consécutives à des avortements, se sert,

quand les bougies de Hégar ne permettent pas de terminer une intervention en un seul temps, d'éponge fixée par un lien et imbibée de pétro-vaseline iodoformée, pour maintenir le degré de dilatation déjà acquis. Le docteur Blanc, de Lyon, a tenté ce procédé contre les hémorrhagies secondaires de la délivrance, celles qui surviennent lors du détachement des derniers caillots, alors que l'utérus est déjà réduit. Cet essai n'a pas été repris : l'éponge, par sa nature, semble avoir une action un peu différente de celle de la gaze, c'est un corps d'asepsie toujours douteuse, et sa compressibilité est telle que l'extraction d'éponges, nécessairement volumineuses pour donner un tamponnement suffisant, ne se fait pas sans de vives douleurs.

Le tampon enlevé, il est d'usage de pratiquer un lavage intra-utérin tiède sous faible pression. Ce lavage nous semble moins utile que celui fait au moment où le col est à la vulve au début de l'application.

Si nous ne sommes pas revenus sur la compression de l'aorte, auxiliaire précieux que l'on ne doit jamais négliger pendant une application de tamponnement utérin, c'est simplement pour éviter des redites.

En outre, il y a un traitement concomitant auquel on doit toujours songer ; à côté de l'état local, il y a un état général, souvent grave, et qui réclame impérieusement un traitement réparateur. Il ne suffit pas de maintenir la femme dans une situation convenable, de lui mettre la tête dans une position déclive,

de l'entourer de linges chauds surtout au niveau des membres inférieurs, qu'on peut même bander en allant de l'extrémité à la racine du membre, il faut administrer des cordiaux particulièrement chauds. tels que thé, cognac, en ayant soin toutefois de procéder par petite quantité. Il importe de ne pas surprendre l'estomac, et de ne pas s'exposer à avoir des vomissements. Aussi, la méthode anglaise qui donne les vins généreux à haute dose (un demi-litre, un litre de Porto), nous semble surtout convenir à la convalescence.

A Lyon, nos maîtres attachent la plus grande importance aux excitants donnés par la voie sous-cutanée. L'éther rend les plus grands services : c'est un corps facile à se procurer, dont l'emploi est bien vulgarisé depuis les travaux de Hecker, Osterloh, Verneuil et Chantreuil. A l'étranger, on ne craint pas d'atteindre des doses considérables. Osterloh est allé jusqu'à 31 grammes dans une journée. En France, on se contente de doses faibles, mais répétées : les praticiens ne dépassent guère 3 grammes.

A Lyon, l'éther est donné concomitamment avec l'ergotine : l'alternance des deux moyens produit de véritables résurrections.

Cette pratique a laissé dans l'ombre une méthode qui a eu son heure de vogue : la transfusion du sang. Les hémorrhagies gravidiques semblaient être le terrain naturel de la transfusion du sang, puisque la perte est d'origine traumatique, non constitutionnelle. Hewson, Hicks, Little, Barnes, et plus récem-

ment Bitot (thèse de Paris 1880) ont tenté de rajeunir ce procédé. Sans traiter complètement la question, nous rappellerons qu'elle donne prise à de sérieuses objections. Le donneur n'est pas toujours facile à trouver, il faut une personne assez maîtresse d'elle-même pour qu'elle ne tombe pas en syncope ce qui est un obstacle à l'écoulement du sang; il faut le concours d'un aide expérimenté, l'appareil le plus simple étant encore trop compliqué, enfin il est nécessaire d'administrer en même temps de la quinine pour éviter des accidents fréquents, tels que fièvre, troubles circulatoires. C'en est assez pour combattre un tel moyen et le faire oublier.

Avec les injections d'éther, d'ergotine, de caféine, même dans les cas les plus graves, nous possédons des agents suffisants pour lutter avantageusement contre un état général, qui heureusement cède presque toujours avec de tels moyens.

CHAPITRE II

Observations.

La méthode de Dührssen enrichit chaque jour sa littérature de nouvelles pages : nous sommes heureux d'apporter cinq faits nouveaux à l'appui d'un traitement dont nous avons tenté la justification.

Nous nous sommes attachés à donner l'exposé complet des observations que nous avons en main : cette fois encore, nous avons préféré être brefs dans nos analyses et laisser parler les faits.

Avant de les exposer, nous nous contenterons de mettre en relief certains rapprochements qui ont leur enseignement : il s'agit de multipares, chez toutes le placenta est prævia, chez toutes l'intervention (version ou extraction par les pieds) a lieu au moment de l'accouchement, chez toutes enfin le tamponnement intra-utérin est opposé avec succès à l'inertie *post partum*. Ces cinq parturientes, femmes de 30 à 40 ans, se sont relevées sans peine de couchés laborieuses.

OBSERVATION XIII

Placenta prævia; Insertion marginale; Avortement de cinq mois; Version; Tamponnement intra-utérin.

Céline J..., ménagère, âgée de 37 ans. Entrée à la Maternité le 13 novembre, accouchée le 16, sortie le 30 novembre 1890.

Réglée à 11 ans, menstrues régulières, indolores, abondantes, d'une durée de huit jours.

La malade dit avoir marché à 2 ans seulement. Elle est bien conformée, de taille moyenne, de constitution robuste. Dix grossesses antérieures. Les cinq premières sont bonnes et à terme. La cinquième aurait été suivie d'une hémorrhagie très abondante. Trois enfants sur cinq sont en vie et en bonne santé : les deux autres sont morts, l'un de méningite, l'autre de rougeole vers le quinzième mois.

Les cinq dernières grossesses sont des avortements de cinq mois environ. En juillet 1886, avortement de six mois, dû, au dire de la malade, à un placenta prævia ; en novembre la même année, nouvel avortement de trois mois, suivi d'hémorrhagie, et relevant de la même cause que le précédent. Donc cinquième et sixième grossesses s'accompagnèrent de placenta prævia.

En juillet 1887, nouvel avortement consécutif à un effort et non suivi d'hémorrhagie. En novembre 1888, autre avortement qui se serait produit inopinément, l'œuf serait sorti en bloc pendant la marche de la malade.

Le 28 juin 1890, disparition des règles. Cette nouvelle grossesse s'est accompagnée de douleurs lombaires et abdominales jusqu'en novembre, au moment de l'entrée de la malade

Vivien.

à la Charité. A cette date, le 15 novembre, la malade dit perdre depuis onze jours. Après les soins antiseptiques ordinaires, on procède à un premier examen, et l'on diagnostique une insertion vicieuse du placenta. La portion vaginale du col est épaisse, dilatable, la dilatation est à 4 fr.; la présentation n'est pas accessible, il n'y a pas de douleurs, mais l'hémorrhagie est abondante. Plusieurs injections chaudes sont faites dans le but de l'arrêter.

À six heures du soir, on lutte contre l'hémorrhagie en lui opposant un tamponnement très serré à la gaze iodoformée, (150 grammes de gaze environ). On reconnaît que c'est la région céphalique qui se présente : le palper ne permet pas de distinguer les parties fœtales, l'utérus étant peu développé et à l'auscultation les bruits du cœur sont entendus à deux centimètres au dessous de l'ombilic, sur la ligne médiane ; ils sont très faibles.

Les premières douleurs, faibles et rares, se montrent vers 9 heures du soir, elles disparaissent vers une heure du matin. La malade repose jusqu'à 3 heures ; à ce moment elle est prise de vomissements. À 6 heures, léger suintement à travers le tampon. La malade est faible, le thermomètre donne 38°2.

À 9 heures du matin, M. le docteur Vincent se décide à intervenir. La malade placée sur le lit d'opération est anesthésiée au chloroforme. Rupture manuelle de la poche des eaux. Le tampon est enlevé, son poids est de 440 grammes. La dilatation est à 3 francs.

La main introduite entre le col et le placenta, la version est faite, le pied gauche étant le premier saisi. Durant toute l'intervention, compression de l'aorte. Extraction rapide du tronc. Résistance un peu accusée au niveau du passage de la tête qui est serrée par le col, non complètement dilaté.

Délivrance spontanée dix minutes après l'accouchement. L'enfant est de cinq mois trois semaines environ ; il pèse 650 grammes, est faible, respire pendant trente minutes.

Injectons chaudes intra-utérines, mais l'hémorrhagie continue au niveau de l'insertion placentaire qui siègeait sur le segment inférieur près de l'orifice du col. Tamponnement intra-utérin avec six lanières de gaze iodoformée ; léger tamponnement vaginal, le tout pesant 70 grammes, injections sous-cutanées d'ergotine. Arrêt de l'hémorrhagie et cessation de la compression de l'aorte.

Le 17 novembre. La malade a été agitée toute la nuit ; n'a reposé que deux heures. A 7 heures du matin, ablation du tampon, enlevé peut-être prématurément. Température 37°6.

Le 18, la malade va bien, le pouls est régulier.

Selles et miction spontanées dès le troisième jour après l'accouchement. Involution indolore de l'utérus, terminée le neuvième jour.

L'arrière faix était complet. Le placenter de forme circulaire mesurait 10/9 ; sa circonférence était de 30 centimètres ; son poids de 290 grammes. Les membranes friables étaient rompues sur le bord ; le cordon inséré à 1 centimètre du bord était grêle ; sa longueur était de 30 centimètres.

Observation XIII. — Exemple remarquable de récidives multiples de placenta prævia chez la même femme. De tels antécédents rapprochés d'avortements antérieurs et d'un cas d'inertie *post partum* sont plus que suffisants pour surveiller une nouvelle grossesse.

La version a été entreprise avant la complète dila-

tation du col : on y était autorisé par la persistance de l'hémorrhagie, mais surtout par l'époque de la grossesse qui était à cinq mois seulement.

Le tamponnement utérin pratiqué de suite après l'accouchement à raison de pertes qu'il était important d'arrêter de suite ; il suffit de le laisser 12 heures en place pour mettre la femme hors de danger, et mettre fin à une insomnie préjudiciable à sa convalescence.

Le suites de couches sont tout à fait normales.

OBSERVATION XIV

Placenta prævia; Insertion marginale; Présentation du sommet avec procidence de la main droite; Version sur le pied droit; Tamponnement intra-utérin.

Catherine-Henriette V..., âgée de 30 ans, dévideuse, entrée à la Maternité le 23 janvier 1891, accouchée le 26, sortie le 7 février.

Menstrues depuis l'âge de 12 ans 1/2, indolores, régulières, abondantes, durent 14 jours. A marché à 11 mois.

A 10 ans, fracture du fémur, fut traitée à la Charité.

En 1887, premier accouchement, à terme, pas d'accidents.

Les dernières règles datent du 20 avril 1890. La malade est donc à terme. Grossesse sans troubles digestifs, sans œdème. A son arrivée, épais nuage d'albumine.

Elle raconte avoir eu, au commencement du quatrième mois, une perte aqueuse abondante, perte qui lui a donné la sensation de la rupture d'une poche des eaux. Le liquide était sale et grisâtre.

Le 23, la malade n'a pas de commencement de travail, son état n'offre rien de particulier. L'utérus ovoïde remonte à l'épigastre.

Le 26, à 5 heures du matin, la malade est réveillée par quelques douleurs faibles. Elle fait les eaux ; en outre elle perd beaucoup. Amenée à la salle des douleurs, elle reçoit les soins antiseptiques ordinaires. On pratique le toucher qui donne un col dilaté à 2 fr., et dilatable. On atteint la main droite de l'enfant, et le bord placentaire. Au premier abord, on croit à une présentation[?] du tronc ; cependant, à la palpation, on ne trouve la tête dans aucune des fosses iliaques, elle occupe le centre du détroit supérieur, n'est pas engagée ; le fœtus est dans l'attitude propre à la présentation de l'extrémité céphalique, le dos est à droite, les petites parties à gauche. Il faut donc admettre une présentation du sommet avec procidence d'une main. La position n'est pas reconnue. Les bruits cardiaques sont perçus sur la ligne médiane à 1 centimètre au-dessus de l'ombilic.

A 7 heures du matin, la dilatation est complète, l'hémorrhagie persiste toujours très intense.

A 8 heures, M. le chef de service décolle le placenta qui se trouve inséré sur la face antérieure de l'utérus, fait la version sur le pied droit, A noter deux circulaires autour du cou. L'enfant très faible est pendant près d'une heure l'objet des soins classiques, respiration artificielle, frictions ; il est à terme, pèse 3 kil. 400. Il a survécu.

La délivrance faite spontanément s'accompagne également d'hémorrhagie. Celle-ci est traitée par la compression de l'aorte, 3 injections sous-cutanées d'ergotine et le tamponnement intra-utérin, fait avec cinq bandes de gaze iodoformée. On donne en plus à la malade 1 gr. 50 de poudre d'ergot de seigle qu'elle absorbe très bien.

L'intervention faite sous anesthésie avait mis fin à un travail d'une durée de 3 heures et demie. Le placenta circulaire mesure 18/19, sa circonférence 57 centimètres, son poids est de 500 grammes. Pâle, exsangue sur la moitié de sa surface. Sur les bords où sont rompues les membranes existent deux cotylédons un peu déchiquetés. Les membranes friables paraissent complètes; elles sont rompues sur le bord. Le cordon grêle, long de 65 centimètres, est à insertion marginale.

Convalescence sans accidents. Extraction des tampons le 29 au matin, il n'y a pas de caillots, pas de sang; mais avec l'injection s'écoule une matière blanchâtre. Le col est très abaissé.

L'albumine cesse le deuxième jour après l'accouchement. Involution douloureuse de l'utérus jusqu'au quatrième jour, terminé le treizième jour. Lochies sanguines pendant une semaine.

Température à 38,2 pendant 48 heures, reste à 37 après.

Observation XIV. — Il n'y a pas lieu de croire cette femme, quand elle raconte que les premières eaux faites vers le quatrième mois étaient sales et grisâtres. Lors de double poche, et ici tel devait être le cas, le liquide qui se trouve entre le chorion et l'amnios y arrive par filtration et par suite est transparent.

Cette femme à terme a sa première hémorrhagie avec sa première douleur, circonstance heureuse qui lui permet d'avoir des contractions efficaces et capables de produire rapidement la dilatation du col en l'absence de poche des eaux.

Le retour de l'hémorrhagie avec la délivrance chez une femme qui vient d'être anesthésiée appelle le tamponnement utérin : nous le voyons en place trois jours durant, sans que ce séjour soit préjudiciable à l'accouchée dont le rétablissement est complet au treizième jour.

OBSERVATION XV

Placenta prævia ; Insertion centrale partielle ; Grave hémorrhagie ; Tamponnements ; Version sur le pied droit ; Délivrance artificielle ; Tamponnement intra-utérin.

Thérèse C..., âgée de 39 ans, blanchisseuse, entrée le 1^{er} juillet 1891, accouchée le 2 juillet, sortie le 21 du même mois.

Règles irrégulières, abondantes, douloureuses, apparues à 19 ans.

Quatre grossesses antérieures, accouchements à terme, sans accidents. Enfants en vie et en bonne santé.

Les dernières règles datent du 25 septembre ; la malade est à terme à son arrivée à la Charité. Elle dit avoir eu une première hémorrhagie au cinquième mois ; celle-ci survenue sans malaise dura de 1 heure à 4 heures du matin et disparut tout à coup. La grossesse reprit son cours ordinaire jusqu'au 28 juin ; à cette date deux nouvelles pertes qui cessèrent brusquement.

Le 2 juillet, pendant son sommeil, la malade eut une nouvelle hémorrhagie qu'elle ne constata qu'à son réveil. La perte devenant de plus en plus forte, un docteur est appelé par la sage-femme, vérifie son diagnostic de placenta central

partiel et pratique le tamponnement vaginal. Amenée à la Maternité dès le matin, la malade est l'objet des soins antiseptiques ordinaires ; au toucher, on trouve un col mou, dilatable et dilaté comme 50 centimes ; on a la sensation de bosselures cotylédonaires et on trouve l'orifice interne obstrué par une portion de la masse placentaire (les trois quarts environ). Les eaux sont déjà écoulées, la partie fœtale atteinte est le sommet. Les bruits cardiaques sont perçus à gauche à 2 centimètres de la ligne médiane. L'hémorrhagie persiste ; second tamponnement vaginal fait avec de la gaze iodoformée.

Deux heures ne se sont pas écoulées que le tampon est traversé par le sang qui a continué à couler. La malade est placée sur le lit d'opération, anesthésiée à l'éther. M. le docteur Goullioud, enlève les tampons, constate une dilatation à 3 francs. Les bruits du cœur sont toujours nettement perçus. Nouveau tamponnement à l'aide de quatre éponges stérilisées et placées à cheval sur le col ; le tamponnement est achevé au moyen de bourdonnets de gaze iodoformée. Arrêt de l'hémorrhagie.

A 10 heures 1/2, les bruits du cœur fœtal faiblissent ; à midi ils ont complètement disparu. On fait à ce moment une injection sous-cutanée de caféine à la mère.

A 1 heure, le tampon est enlevé, la dilatation est à 5 francs, et permet l'intervention. Le pied droit saisi, on pratique la version, et l'on amène le siège en S I D P. Le bras postérieur est dégagé le premier. Le cordon faisant un circulaire autour du cou de l'enfant est saisi et sectionné entre deux pinces hémostatiques. Manœuvre de Mauriceau pour l'extraction de la tête.

L'enfant du sexe féminin vient mort ; il pèse 3 kil. 400.

Délivrance artificielle de suite après l'accouchement pen-

dant que l'on comprime fortement l'aorte. Tamponnement intra utérin avec quatre bandes de gaze iodoformée. Deux piqûres d'ergotine.

Le soir, la malade est un peu agitée. Température : 38,6.

Le 4 juillet, ablation des tampons, pas d'hémorrhagie. Selles et miction spontanées dès le troisième jour après les couches. Involution indolore de l'utérus, terminée seulement le 21 juillet. Lochies séreuses depuis le cinquième jour, persistent jusqu'à cette date. Tranchées pendant une semaine. Température normale dès le troisième jour.

Le placenta est exsangue, sans infiltrations sanguines ; il pèse 530 grammes. Les membranes sont rompues à trois centimètres du bord. Le cordon est macéré.

OBSERVATION XVI

*Placenta prævia central partiel; Version sur le pied droit;
Tamponnement intra-utérin après la délivrance.*

Eugénie P..., âgée de 30 ans, ménagère, entrée à la Maternité le 4 janvier 1892, accouchée le 5, et sortie de l'hôpital le 15 février.

Née dans la Loire, cette femme de taille svelte, de robuste constitution, a toujours joui d'une bonne santé. Réglée à 15 ans, elle a des menstrues abondantes mais régulières, légèrement douloureuses.

Trois grossesses antérieures : la première terminée par un avortement à trois mois, que la malade attribue à un effort ; la deuxième en 1884 et la troisième en 1887, ces deux dernières à terme et sans accidents. Enfants sains et en bonne santé.

Les dernières règles datent du 14 juillet 1891. Aucun ma-

laise au cours de cette grossesse. A son entrée, le 4 février, à 9 heures du matin, la malade raconte avoir été prise huit jours avant d'hémorragies assez fortes pour nécessiter un tamponnement vaginal. Celui-ci a même été renouvelé. La malade accuse quelques douleurs, et dit avoir fait les eaux, la veille au soir.

Le tampon en queue de cerf-volant enlevé, le toucher révèle un col mou, dilatable, dilaté à cinquante centimes. La présence de cotylédons à l'orifice étant reconnue, M. le docteur Vincent diagnostique une insertion placentaire centrale partielle. La malade ne perd pas. Quelques douleurs très faibles. On fait une injection de morphine (une seringue de Pravaz, solution courante), et on administre un lavement laudanisé (XV gouttes).

Calme de la malade durant la journée et une partie de la nuit. Pas de douleurs. Pas d'hémorrhagie. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Le 5 février à trois heures du matin, de légères douleurs sont accusées par la malade, l'hémorrhagie se renouvelle. M. Lyonnet, interne du service, applique un tamponnement vaginal qui est maintenu à l'aide d'un bandage en T. Le tamponnement est fait à l'aide de gaze iodoformée.

A huit heures du matin, M. le chef de service enlève le tampon, pendant qu'on comprime l'aorte.

Le col est dilaté à 5 francs, il est dilatable. Le diagnostic de placenta centre pour centre est confirmé, et celui d'une présentation du sommet déjà soupçonné est hors de doute.

La malade est faible, la version est décidée.

On procède à l'anesthésie de la malade, et après le décollement partiel du placenta, la main introduite entre la paroi utérine et cet organe, va à la recherche du pied droit qui est saisi et amené à la vulve. La version s'effectue sans difficulté.

Les bras dégagés, l'extraction de la tête a lieu au moyen de la manœuvre de Mauriceau. La compression de l'aorte est faite pendant tout le cours des manœuvres, et pendant la délivrance, qui a lieu artificiellement de suite après la version. On est obligé de décoller le placenta de ses insertions utérines.

Lavages intra-utérins, suivis du tamponnement intra-utérin.

Celui-ci comprend cinq lanières de gaze iodoformée d'une longueur de 50 centimètres environ et de cinq tampons en queue de cerf-volant. La malade est très faible, mais ne perd pas.

Le tamponnement enlevé le 9 février, avait été expulsé dans le vagin. Quelques tranchées qui ne persistent pas.

Convalescence sans accidents. La température reste à 37° 5.

Miction spontanée dès le deuxième jour.

L'enfant, en vie, meurt 30 minutes après sa naissance; il est bien conformé, et paraît avoir près de 7 mois.

Le placenta circulaire mesure 18/18, sa circonférence est de 54 centimètres, son poids de 400 grammes. Il est complet.

Les membranes sont résistantes, déchiquetées sur le bord. Le cordon s'insère à 7 centimètres de celui-ci, il est volumineux et mesure 43 centimètres.

OBSERVATION XVII

Placenta prævia central partiel; Sièges décomplétés; Variété pieds; Tractions sur le pied gauche; Tamponnement intra-utérin.

Anna A..., âgée de 34 ans, lingère, entrée à la Maternité le 3 février, accouchée le jour même, sortie le 18 du même mois, 1892.

Règles apparues à 14 ans, irrégulières, assez abondantes.

Première grossesse en 1885. accouchement à terme, pas d'accidents, enfant en vie.

Enceinte pour la deuxième fois, elle n'a pas eu ses règles depuis la première semaine de juillet. Cette grossesse, de sept mois environ, a évolué normalement; toutefois, la malade se plaint de vomissements bilieux intenses survenus vers le quatrième mois. Pas d'œdème. Constipation opiniâtre. Leucorrhée.

A son entrée, le 3 février, à 1 heure de l'après-midi, l'utérus s'élève à 2 centimètres au-dessus de l'ombilic, le col assez mince, dilatable, est à 1 franc, et le toucher montre qu'on se trouve en présence d'un placenta prævia central partiel. Les eaux sont faites, l'engagement n'est pas commencé.

Interrogée, la malade dit n'avoir plus senti les mouvements de son enfant depuis le matin à la suite d'une abondante perte sanguine, un peu arrêtée par un petit tamponnement à la charpie fait en ville, et enlevé à son entrée.

A l'auscultation, les bruits cardiaques ne sont point perçus.

Les douleurs, fortes la nuit précédente, se sont ralenties pendant la journée.

A 4 heures du soir, la dilatation du col est à 2 fr. A gauche, entre le placenta et le col, on sent la face plantaire du pied gauche. Le diagnostic de siège décomplété est porté.

A 6 heures, la dilatation est à 3 fr. Nouveau toucher qui révèle une procidence du cordon. M. Vincent mandé de suite intervient, ordonne l'anesthésie à l'éther, pratique l'extraction manuelle du siège. Le pied gauche cède aux tractions qu'on exerce et est le premier dégagé.

Le plan antérieur du fœtus se trouve en avant; un léger

mouvement imprimé selon l'axe du tronc suffit pour le ramener en arrière. Le cordon qui est enroulé autour du tronc est sectionné après l'application préalable des pinces hémostatiques. On dégage les bras, le postérieur, puis l'antérieur, qui légèrement porté en arrière vient sans difficultés.

La tête est extraite rapidement, on a pratiqué la manœuvre Mauriceau, mais l'enfant est mort depuis longtemps, l'épiderme s'enlevant en lambeau.

Pendant toute l'opération, pas trace d'hémorrhagie. Il est vrai que la compression de l'aorte a été faite d'une façon ininterrompue par M. Lyonnet, interne du service.

Expulsion du délivre spontanément cinq minutes après l'enfant. Il est complet. Lavages intra-utérins.

De suite, on procède à l'application d'un tamponnement intra-utérin, fait avec des lanières et bourdonnets de gaze iodoformée, et mis en place aisément grâce à la béance des lèvres du col écartées au moyen de pinces à griffes. Le tamponnement enlevé dans la matinée du 5, est à peine rougi, et n'exhale pas d'odeur. Pas d'hémorrhagie.

Léger nuage d'albumine, pendant le travail, disparu dès le lendemain de l'accouchement. Lochies jusqu'au 5^e jour. Involution indolore et normale de l'utérus.

Le placenta ovale mesure 11/17, sa circonférence est de 51 centimètres, son poids de 500 grammes.

Les membranes complètes, sont assez résistantes, elles sont rompues sur le bord.

Le cordon, inséré à 4 centimètres du bord, mesure 58 centimètres ; il est très vasculaire.

Dans cette observation (XV), on a dû, pour obtenir la dilatation du col, faire trois applications de tamponnement vaginal.

Les pertes éprouvées *ante partum* par la mère, le choc opératoire que subit toute parturiente à qui l'on fait la version sont autant de raisons motivant le tamponnement utérin. La délivrance artificielle peut, grâce à lui, être faite sans danger de suite après l'expulsion de l'enfant.

L'ablation de la gaze iodoformée se fait comme dans les observations précédentes sans faire courir aucun danger à l'accouchée.

Observation XVI. — Application d'un tamponnement vaginal contre l'hémorrhagie, malgré la rupture préalable de la poche des eaux, tamponnement intra-utérin laissé en place près de quatre jours, tels sont les deux faits que nous nous contenterons de relever dans cette observation.

Le tampon vaginal mis dans un but hémostatique agit également comme agent d'accouchement provoqué, puisque son action s'étend au col qu'il dilate.

Le tamponnement intra-utérin est appliqué systématiquement : il pare, dans ce cas, à toute hémorrhagie *post partum*, hémorrhagie d'autant plus redoutable que de l'avis de plusieurs le tamponnement vaginal appliqué après l'écoulement des eaux a facilité la transformation de la perte externe en perte interne. Il est laissé à demeure sans dangers plusieurs jours durant : l'asepsie ou mieux l'antisepsie telle qu'elle est de mise le permet à cette heure. Il est intéressant de voir le fonctionnement de la vessie n'être pas entravé par la présence de la gaze dans le vagin.

Un mot sur les injections de morphine faites avant la période du travail : c'est un excellent moyen de retarder des douleurs utérines intempestives.

Observation XVII. — Elle a trait à une femme parvenue au 7^e mois avec un placenta prævia, et dont le fœtus réalise le mode de présentation dit siège décomplété.

Nous voyons la procidence du cordon, accident sur la fréquence duquel nous nous sommes expliqués.

L'intervention a lieu dès que la dilatation du col est suffisante : la mort de l'enfant, les eaux une fois écoulées, constitue une cause puissante de puerpéralité pour la femme. C'est autant pour prévenir une telle complication que pour parer à de nouvelles hémorrhagies que le tamponnement utérin est appliqué. Il n'entretient pas, cette observation le prouve, l'albuminurie passagère si fréquente chez les femmes en couches.

Inutile de rappeler que dans tous les faits relatés par nous, la compression de l'aorte a toujours accompagné l'application de la méthode Dührssen-Auvard.

VARIÉTÉ D'HÉMORRHAGIE	AGE DE LA GROSSESSE	CARACTÈRES DES MENSTRUES	PRIMIPARES OU MULTIPARES
Obs. I. Hémorrhagie légère vingt jours durant.	7 mois.	Régulières, abondantes.	II pare.
II. Hémorrhagie abondante quinze jours avant accouchement.	A terme.	R. a.	VIII pare.
III. Hémorrhagie s'étant reproduite durant six jours.	8 mois.	R. peu abond.	II pare.
IV. Hémorrhagie le jour même de l'accouchement.	8 mois.	R. p. a.	VII pare.
V. Hémorrhagie tenace, très abon- dante.	6 mois 3 semaines.	Inconnues.	I pare.
VI. Hémorrhagies multiples pendant dix jours.	7 mois.	R. a.	IV pare.
VII. Hémorrhagies multiples pendant 15j., grande intensité de la dern.	7 mois 1/2.	Douloureuses, abondantes.	IV pare.
VIII. Hémorrhagie abondante le jour même de l'accouchement.	5 mois.	Irrégulières, peu abondant.	I pare.
IX. Première hémorrhagie deux mois avant l'accouchement.	8 mois et quel- ques jours.	Irrégulières, abondantes.	V pare.
X. Trois hémorrhagies le dernier mois.	A terme.	Inconnues.	II pare.
XI. Hémorrhagies dès le troisième mois reproduites le mois suivant plus abondantes.	5 mois.	Irrégulières, peu abondant.	V pare.
XII. Hémorrhagie dès le septième mois.	A terme.	Régulières peu abondantes.	IV pare.
XIII. Hémorrhagie le cinquième mois.	5 mois.	R. a.	XI pare.
XIV. Hémorrhagie pour la première fois presque à terme.	A terme.	Irrégulières, abondantes.	IV pare.
XV. Première hémorrhagie au cin- quième mois.	A terme.	Irrégulières et abondantes.	V pare.
XVI. Première hémorrhagie à six mois.	6 mois 1/2.	R. a.	IV pare.
XVII. Première hémorrhagie à sept mois.	7 mois.	Irrégulières, abondantes.	II pare.

INTERVENTION	ÉTAT DU COL	RÉSULTATS		PRÉSENTATIONS	MODE D'INSERTION du placenta	Age de la parturiante
		MÈRE	ENFANT			
Traitement médical.	Dilaté complèt.	Guérie.	Vivant.	Sommet.	Marginale Membr. rompues sur le bord.	28
Expectation.	D. c.	G.	V.	Sommet.	Id. Id.	34
Traitement médical.	D. c.	G.	V.	Sommet.	Id. Id.	19
Version.	D. c.	G.	Mort-né.	Epaule.	Id. Id.	37
Tamponnement vaginal. Forceps.		Morte.	Mort.	2 Sommets.	Id.	33
Tamponnement vaginal. Accouchement spontané.	D. c.	G.	M.	Siège compl. S I G A	Id.	38
Tampon. vaginaux multiples. Forceps.	D. c.	G.	V.	Sommet.	Id. Id.	30
Tamp. vaginaux. Débridement du col. Extraction manuelle du siège.		G.	M.	Siège S I G A.	C. p. C.	19
Tamponnement vaginal. Décol- lement du placenta. Version.	D. c.	G.	M.-nés.	Sommet 1 ^{er} enfant. S I G P, 2 ^e enfant.	C. p. C.	28
Tamp. vaginal. Version.	D. c.	M.	M.	Sommet.	C. p. C. Membr. rompues sur le bord.	43
Tamp. vaginaux multiples. Extraction manuelle.	D. c.	M.	M.		Insertion marginale	39
Tamponnement vaginal.	D. c.	G.	V.	Sommet O I D P.	Membr. rompues sur le bord.	30
Tamponn. vaginal. Version. Tamponnement utérin.	Dilaté incomplèt.	G.	M.	Sommet.	Insertion marginale	37
Version. Tamponn. utérin.	D. c.	G.	V.	Sommet, pro- cid. d'une m.	Id.	30
Tamponn. vaginaux. Version. Tamponn. utérin.	D. c.	G.	M.	Sommet.	Id.	39
Tamponn. vaginaux. Version. Tamponn. utérin.	D. c.	G.	M.	Sommet.	Id.	30
Tamp. vag. Extraction manuelle du siège. Tamponn. utérin.	Dilaté incomplèt.	G.	M.	Siège décompleté. Procid. du cordon.	Id.	34

NOTA. — Ce mot désigne non-seulement les enfants mort-nés, mais encore ceux qui n'ont vécu que quelq. heures.

CONCLUSIONS

Les conclusions de notre travail sont les suivantes :

1° L'insertion vicieuse du placenta, ou placenta prævia, est un des accidents les plus dangereux auxquels les femmes soient exposées pendant leur grossesse ;

2° La méthode de Leroux a, aujourd'hui comme jadis, place dans la thérapeutique du placenta prævia ; elle mérite d'être conservée vu ses précédents succès et son application facile ;

3° Le tamponnement utérin est un moyen excellent pour combattre l'inertie utérine, particulièrement celle qui suit le placenta prævia.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Les ouvrages et publications dont il est fait mention ici sont ceux que nous avons eus en main ; nous n'avons pas la prétention de donner la littérature complète d'une question qui a suscité d'innombrables travaux.

Leroux. — 1776.

M^{me} La Chapelle. — 1825, Paris. *Pratique des accouchements.*

Millardet. — 1837, Paris. Thèse inaugurale.

Michalon. — 1869, Paris. Thèse inaugurale.

Duruy. — 1872, Paris. Thèse inaugurale.

Pilat. — 1874. *Annales de Gynécologie.* (T. I, page 361.)

Bailly. — 1876. *Bulletin de Thérapeutique* (pages 308-352.)

Bitot. — 1880, Paris. Thèse inaugurale.

Dorain. — 1880, Paris. Thèse inaugurale.

Pluyette. — 1883, Paris. Thèse inaugurale.

Budin. — 1884. *Archives de Tocologie.* Janvier.

Dührssen. — 1887.

Budin. — 1888. *Progrès Médical*, 2^e série, n^{os} 2 et 3.

Delore. — 1887. *Annales de Gynécologie*, n^o XVIII.

Pinard. — 1886. *Annales de Gynécologie.* (Tome I, page 171).

Auvard. — 1887. *Semaine Médicale*, n^o du 8 avril ; novembre,
Gaz. hebdom.

Ahlefeld. — 1888. *Deutsch. Medic. Archiv.*, (page 725.)

Moreau. — 1888, Paris. Thèse inaugurale.

Vincent. — 1888. *Lyon Médical*, page 492.

- Dührssen.* — 1889, Berlin. K. Woöch.
Audry. — 1889. Lyon Médical et Archives de tocologie (octobre).
Em. Blanc. — 1889. Province Médicale, page 577, décembre.
Dührnen. — 1889. Gazette hebdomadaire, page 746 ; Centralb. f. Gynécol.
Wentzell. — 1889. American obstetric, mai.
Braxton Hicks. — 1889. Sem. Médic., page, 307.
Mirasson. — 1889, Paris. Thèse inaugurale.
Pandell. — 1889, Paris. Thèse inaugurale.
Fitz Parick. — 1889. Lancet. 6 avril.
Auvard. — 1890. Arch. de tocologie, 8 août.
Braxton Hicks. — 1890. Union Médicale, p: 690.
Dylion. — 1890, Paris. Thèse inaugurale.
Jouve. — 1892, Paris. Thèse inaugurale.
Tarnier. — 1892. Société obstetricile de France, séance du 22 avril.
Articles de dictionnaires et traités classiques d'accouchements.
-

Vu : Le Président de la Thèse,
TARNIER.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

CHAPITRE I ^{er} . — Du tamponnement utérin. Son emploi systématique lors du Placentaprævia	76
CHAPITRE II. — Observations (XIII à XVII).....	120

